

CÓRDOBA

- Se confirmaron dos nuevos casos de mpox

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza
- La vacunación contra el VSR redujo 70% la internación de menores de 6 meses

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la mpox
- Brasil: La letal combinación entre la minería ilegal y la sequía
- Estados Unidos: La temporada de influenza comienza con aumento de casos y retraso en la vacunación
- Estados Unidos: La influenza aviar A(H5N1) mató a más de la mitad de los grandes felinos de un santuario
- Puerto Rico: Alerta tras cuatro muertes por melioidosis relacionada con las inundaciones

EL MUNDO

- Bangladesh: Ya son más de 100.000 los casos de dengue registrados en 2024
- Mayotte: El territorio lucha por recuperarse tras el ciclón que colapsó sus hospitales
- Rwanda: Declararon el fin del brote de enfermedad por el virus de Marburg
- Sudáfrica: Marcado incremento en los casos de rubéola
- Uganda: Brote de cólera en el campo de refugiados de Nyumanzi
- Yemen: El país registra la mayor carga de cólera del mundo

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.

La Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de Córdoba confirmó dos nuevos casos de mpox en la provincia. Los estudios fueron realizados por el Laboratorio Central de la provincia.

Los casos corresponden a personas de 46 y 28 años, con antecedentes de viaje al exterior, que comenzaron con síntomas compatibles en los primeros días de diciembre. Estas personas realizaron una consulta médica aproximadamente a los 10 días del inicio de síntomas. Presentaron cuadros clínicos que no son de gravedad, y se encuentran cursando el aislamiento en su domicilio.

Los equipos de salud realizaron las investigaciones epidemiológicas necesarias, sus contactos han sido identificados y se han tomado las medidas preventivas correspondientes.

Hasta la semana epidemiológica 49, se notificaron 21 casos sospechosos de mpox en la provincia, de los cuales cuatro fueron confirmados y 17 fueron descartados por no presentar antecedentes epidemiológicos relevantes y resultar negativos en la prueba de reacción en cadena de la polimerasa. Los primeros dos casos fueron reportados a mediados de septiembre.

A nivel nacional, y en el mismo periodo, se notificaron 586 casos sospechosos de mpox, de los cuales se confirmaron 102.

La viruela símica es una infección que puede transmitirse de animales a personas, y de una persona a otra. Es una afección causada por el virus de la mpox, que pertenece a la familia de los Ortopoxvirus.

La transmisión puede producirse por contacto estrecho con secreciones infectadas de las vías respiratorias o lesiones cutáneas de una persona infectada, o con objetos contaminados recientemente con los fluidos del paciente o materiales de la lesión.

En relación a los síntomas, estos incluyen fiebre, dolor de cabeza intenso, dolores musculares, dolor de espalda, falta de energía, ganglios linfáticos inflamados y erupción cutánea o lesiones en las mucosas. La erupción tiende a concentrarse en la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies, pero también puede encontrarse en la boca, la región anogenital y los ojos.

Los síntomas suelen durar entre dos y cuatro semanas y desaparecen por sí solos sin tratamiento. En la actualidad no existe un tratamiento específico para la enfermedad.

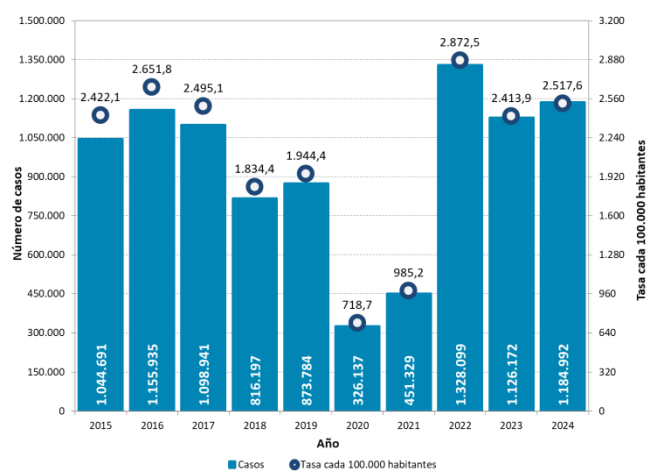
En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 49, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 1.184.992 casos de enfermedad tipo influenza, con una tasa de incidencia acumulada de 2.517,6 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos del periodo 2015/2024, se observa que el mayor número de casos se registró en 2022 (1.328.099 casos). El número de casos notificados en 2024 es sólo menor al de 2022, en el periodo analizado.

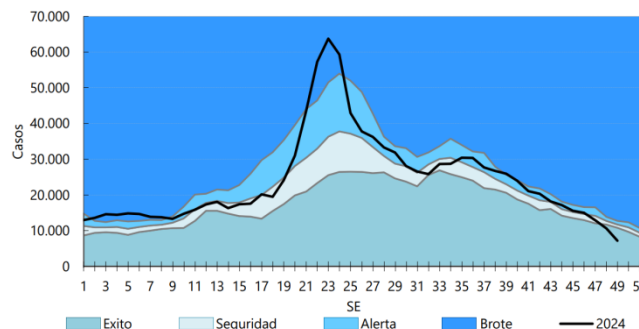
Los casos notificados presentan un ascenso en las primeras SE de 2024, alcanzando niveles de brote entre la SE 2 y la SE 8. Luego descienden, y se ubican en niveles de seguridad, permaneciendo en esta zona y la de alerta hasta la SE 21, con tendencia ascendente desde la SE 10, más pronunciada desde la SE 19. Entre las SE 22 y 24 los registros alcanzan niveles de brote, con un máximo en la SE 23 y una tendencia descendente posterior. Desde la SE 33 se verifica un ligero ascenso, alcanzando la zona de brote en la SE 39. En las últimas SE los casos descienden, permaneciendo en los niveles esperados desde la SE 48.

Vigilancia en UMAs

En 2024, hasta la SE 50, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 7.278 muestras, de las que 1.401 resultaron positivas (positividad de 19,25%). Si bien las muestras estudiadas registran un descenso de 9,70% en 2024 respecto del mismo período de 2023, se verifican 96,77% más detec-



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2015-2024, hasta semana epidemiológica 49. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal 2024, en base a datos de los años 2015/2023 (se excluyen los años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

ciones de influenza, lo que evidencia la mayor circulación durante el año en curso en el período analizado.

Aun cuando a lo largo de 2024 se registraron casos de influenza en UMAs durante todas las SE, entre las SE 16 y 28 se verificó un ascenso estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE 21 y 24 (con un máximo de 166 casos en la SE 23). Este ascenso estuvo asociado a la detección de influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE 31, concomitante con el descenso de los casos de influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de influenza B del linaje Victoria.

En las SE 49 y 50 de 2024 se detectaron 12 casos de influenza entre 113 muestras analizadas.

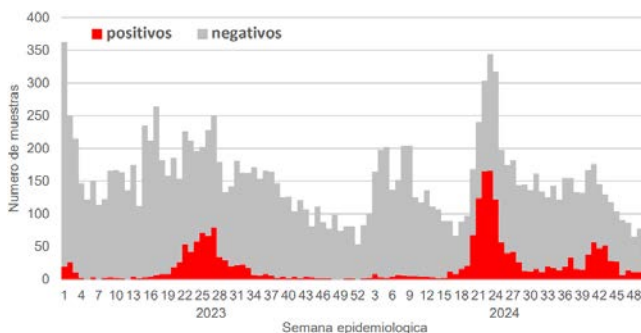
En relación con las muestras positivas para virus influenza (1.401) en 2024, 952 (67,95%) correspondieron a influenza A y 449 (32,05%) a influenza B. Respecto de los virus influenza A, 272 muestras cuentan con subtipificación, de las que 258 fueron influenza A(H3N2) y 14 influenza A(H1N1)pdm09. Entre los casos de influenza B detectados en la estrategia UMA, 69 fueron identificados como influenza B Victoria; el resto no cuenta con identificación de linaje.

En lo que va del año 2024, los casos de influenza en UMAs se detectaron en todos los grupos etarios, con el mayor número de muestras positivas en el grupo de 25 a 34 años, seguido por los grupos de 15 a 24 años, 45 a 64 años y 35 a 44 años.

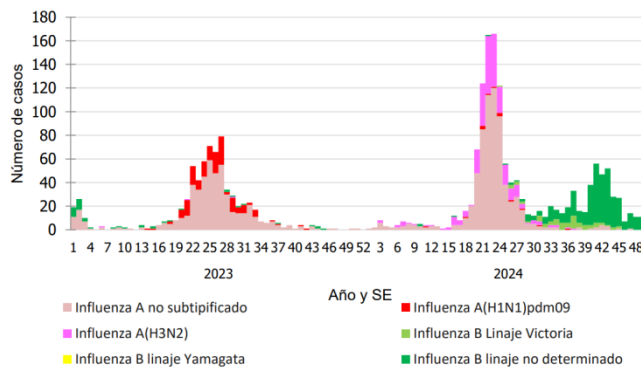
Vigilancia en pacientes hospitalizados

En 2024, hasta la SE 50, se registraron 6.229 detecciones positivas para virus influenza en pacientes internados. Esto representa un ascenso de 102,83% respecto de las notificaciones registradas para el mismo período de 2023.

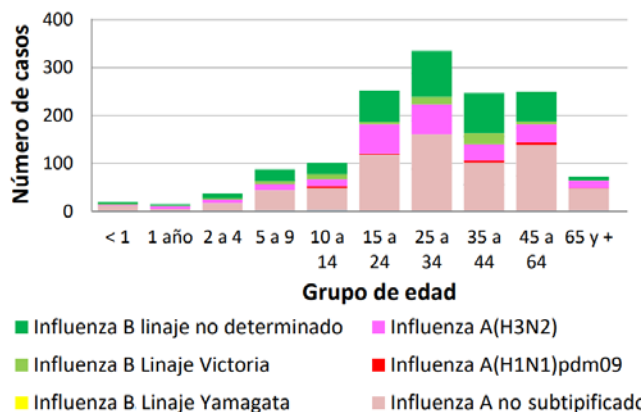
A partir de la SE 16 se registró un incremento de las detecciones de influenza en personas hospitalizadas, que alcanzan su máximo en la SE 23 (934 casos) y posteriormente descienden. El 80% de los casos notificados en el año se concentraron entre las SE 18 y 30, fundamentalmente a expensas de influenza A(H3N2). Desde la SE 31 se registró un menor número de casos, con detecciones tanto de influenza A como B, aunque con predominio de influenza B



Muestras positivas y negativas para virus influenza mediante técnica PCR en unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 50 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2023 a 50 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



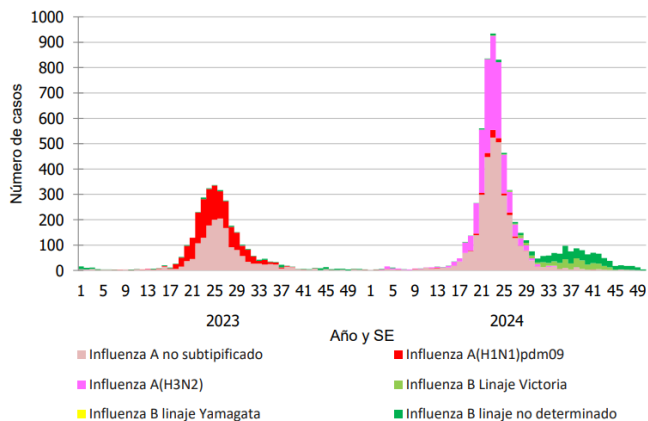
Distribución de casos de influenza según tipos, subtipos y linajes, por grupos etarios, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 50. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

desde la SE 32 en adelante. En la SE 50 de 2024 se registraron cuatro casos de influenza en personas hospitalizadas.

Entre las 6.229 detecciones de influenza, 5.221 (83,82%) fueron influenza A y 1.008 (16,18%) influenza B. Respecto de los virus influenza A, 2.060 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 1.942 (94,27%) correspondieron a influenza A (H3N2), y las 118 muestras restantes (5,73%) fueron identificadas como influenza A(H1N1)pdm09. En relación a la influenza B, 349 muestras fueron identificadas como influenza B Victoria, en tanto que las demás muestras permanecen como influenza B sin linaje.

Con respecto a la distribución por grupos etarios de las detecciones en personas hospitalizadas, en lo que va de 2024 predominaron en las de 65 años y más, de 5 a 9 años y en el grupo de 45 a 64 años.

En el año 2024, hasta la SE 50, se notificaron 186 fallecimientos con diagnóstico de influenza.



Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes, en pacientes hospitalizados. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2023 a 50 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



LA VACUNACIÓN CONTRA EL VSR REDUJO 70% LA INTERNACIÓN DE MENORES DE 6 MESES

20/12/2024

Autoridades del Ministerio de Salud de Argentina presentaron los resultados del análisis interino de la efectividad de la vacuna contra el virus sincicial respiratorio (VSR) que indican que se redujo en 69,9% el ingreso de menores de 6 meses a unidades de cuidados intensivos (UCI).

La estrategia de vacunación contra el VSR en embarazadas de 32 semanas a 36 semanas y 6 días de gestación fue implementada en 2024 en todo el país y se vacunaron 146.885 embarazadas, alcanzando una cobertura de 62,5%.

Una de las estrategias clave que permitió medir la efectividad de la vacuna fue la expansión e implementación de la Red Argentina de Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave, una iniciativa impulsada desde la cartera sanitaria nacional que está presente en 23 de las 24 jurisdicciones del país y se centra en la identificación de personas de cualquier edad que cumplen con la definición epidemiológica de caso y su estudio por técnicas moleculares (reacción en cadena de la polimerasa) para la detección de influenza, SARS-CoV-2 y VSR.

La subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas de Salud, María Susana Azurmendi destacó que “Argentina es el primer país de América Latina en implementar la vacuna contra el VSR en embarazadas, incorporándola al Calendario Nacional 2024. A su vez, la efectividad de este hito pudo ser medida gracias a las Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave, cuya conformación se amplió durante 2024 pasando de 11 a 39 centros, lo que permitió una cobertura de monitoreo distribuida a lo largo de todo el territorio nacional”.

De esta manera, la vigilancia epidemiológica permitió medir que la efectividad de la vacuna para la prevención de hospitalizaciones asociadas al VSR en la población menor de 6 meses fue de 62,1% y redujo el ingreso a UCI en 69,9%. Los datos presentados acerca de la efectividad de la vacuna fueron acompañados por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

El subsecretario de Planificación y Programación Sanitaria, Héctor Saúl Gervacio Flores, destacó el trabajo en equipo y remarcó “la importancia de seguir regulando y estableciendo redes que permitan capturar el dato a nivel territorial para generar una robustez en la articulación de la información que sirvan para la implementación de mejores políticas”.

El virus sincicial respiratorio (VSR) es la causa principal de infecciones respiratorias agudas bajas en la infancia, tales como bronquiolitis y neumonía y, en particular, en lactantes menores de un año. También provoca aumento de hospitalizaciones, con eventuales complicaciones que requieran de cuidados críticos y elevado nivel de consulta ambulatoria en la época invernal.

A partir de marzo de este año, el Ministerio de Salud de Argentina incorporó la vacuna contra el VSR al Calendario Nacional de Vacunación para mujeres embarazadas entre las 32 semanas y 36 semanas y 6 días de gestación durante la época de circulación viral, con el objetivo de proporcionar, a través del pasaje transplacentario de anticuerpos, protección contra la bronquiolitis durante los primeros seis meses de vida, que es el momento de mayor vulnerabilidad para padecer cuadros severos por la infección por este virus.

En Argentina, durante 2023, la incidencia de casos de bronquiolitis en menores de 1 año alcanzó a 20% de la población, con un aumento temprano de la circulación del VSR, lo que generó una mayor demanda de atención en los servicios de salud.

La vigilancia epidemiológica en el país registró que el mayor número de personas internadas con diagnóstico de VSR corresponde a menores de 1 año, particularmente menores de seis meses. El VSR es una de las principales causas de infecciones respiratorias agudas en niños, que a nivel mundial son la segunda causa más frecuente de mortalidad en menores de 5 años.

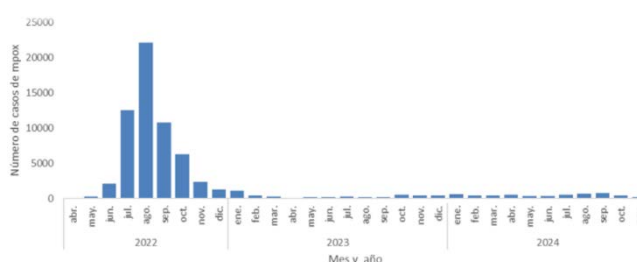
Desde mayo de 2022 hasta la semana epidemiológica (SE) 48 de 2024, se notificaron 66.824 casos confirmados del clado IIB del virus de la mpox, incluidas 152 defunciones en 31 países y territorios de la Región de las Américas. En la región, el clado Ib fue identificado en Canadá (un caso) y Estados Unidos (un caso). Desde la última alerta epidemiológica de mpox de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) del 19 de noviembre de 2024, se notificaron 534 casos adicionales, una defunción y se identificó por primera vez el clado Ib en Canadá.

En la Región de las Américas, la mayor proporción de casos de mpox del clado IIB se registró durante el año 2022 (87%), con el mayor número de casos notificados en el mes de agosto de ese año. Posteriormente se observó un descenso progresivo de casos que continuó durante 2023 y 2024.

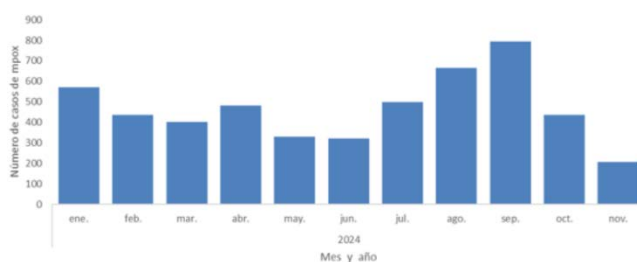
En cuanto a la distribución de casos por países y territorios, la mayor proporción de casos confirmados de mpox clado IIB desde mayo de 2022 hasta la semana epidemiológica (SE) 48 de 2024 corresponde a Estados Unidos (34.362 casos, incluidas 64 defunciones), seguido de Brasil (13.236 casos, incluidas 16 defunciones), Colombia (4.281 casos), México (4.195 casos, incluidas 35 defunciones) y Perú (3.949 casos, incluidas 23 defunciones).

De 61.824 casos registrados entre mayo de 2022 y noviembre de 2024, con información disponible sobre sexo y edad, en la Región de las Américas, 96% corresponde a hombres (59.264 casos) y 40% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (24.462 casos) siendo la mediana de edad de 33 años, con un rango de edad de 0 a 95 años. Adicionalmente, se registran 768 casos confirmados en menores de 18 años en 16 países de la Región (1,2% de los casos). De 22.560 casos con información disponible sobre el estado serológico respecto del VIH, 59% corresponde a personas que vivían con este virus.

Respecto de las hospitalizaciones de los 52.299 casos de mpox con información disponible, 8% fueron hospitalizados (4.057 casos), siendo 24% de estos casos para manejo clínico (962 casos). En 60% de los casos (2.432 casos) se desconoce la causa de la hospitalización.



Casos confirmados de mpox del clado IIB, según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Región de las Américas. De abril de 2022 a noviembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos confirmados de mpox del clado IIB, según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Región de las Américas. De enero a noviembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Situación de los casos de mpox del clado Ib

El 22 de noviembre de 2024, Canadá notificó un caso de mpox confirmado por laboratorio asociado al clado Ib del virus de la mpox, detectado en la provincia de Manitoba. Se trata de un hombre adulto, con antecedente de viaje a África oriental, a regiones donde sigue circulando el clado Ib del virus de la mpox. El caso salió de África el 17 de noviembre y buscó atención médica en Canadá el 20 de noviembre, donde se sospechó de mpox debido a los antecedentes de viaje y los síntomas. Las muestras de las lesiones cutáneas del paciente fueron positivas para el clado Ib del virus de la mpox en el Laboratorio Nacional de Microbiología de Canadá el 22 de noviembre. Se trata del primer caso de mpox por el clado Ib detectado en Canadá. El caso fue tratado con tecovirimat, una terapia antiviral específica, y se recuperó completamente. Se llevó a cabo un seguimiento activo de los contactos del caso. A los contactos domésticos se les ofreció y aceptaron la vacuna MVA-BN (Imvamune™) el 22 de noviembre. Todos los contactos identificados en Canadá declararon estar asintomáticos al final de un periodo de seguimiento de 21 días.

El 16 de noviembre, Estados Unidos notificó la detección de un caso confirmado de clado Ib del virus de la mpox. El caso fue diagnosticado en un paciente con antecedente de viaje al centro/este de África. El caso fue tratado poco después de regresar a Estados Unidos en un centro médico local y fue dado de alta. El caso se aisló en su casa y se recuperó. Con base en su historial de viajes y síntomas, se analizaron muestras del paciente y se confirmó la presencia del clado Ib del virus de la mpox. Las muestras fueron enviadas a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos para una caracterización viral adicional y el clado Ib fue confirmado por los CDC y el estado donde se registró el caso. Además, los CDC coordinaron con el estado para identificar y hacer un seguimiento de los posibles contactos. Todos los contactos domiciliarios, compañeros de viaje y pasajeros de avión asociados a este caso han completado el periodo de vigilancia de 21 días. No se han detectado casos adicionales.

Situación de los casos de mpox del clado IIb

En 2024 en la Región de las Américas, 15 países registran un total de 5.156 casos confirmados de mpox, incluyendo ocho defunciones: Estados Unidos (2.542 casos, incluyendo cuatro defunciones), Brasil (1.740 casos), Canadá (365 casos), Colombia (133 casos), México (116 casos, incluyendo una defunción), Argentina (101 casos), Perú (90 casos, incluyendo dos defunciones), Chile (26 casos), Ecuador (24 casos), República Dominicana (8 casos), Panamá (5 casos), Guatemala (3 casos, incluyendo una defunción), Bolivia (1 caso), Costa Rica (1 caso) y Uruguay (1 caso).

En 2024, de 4.503 casos de mpox con información disponible sobre sexo y edad, 96% corresponde a sexo masculino (4.324 casos), cifra similar a los casos reportados en 2022-2023, y 43% de los casos se encuentra en el grupo de 30 a 39 años (1.913 casos) siendo la mediana de edad de 34 años, con un rango de edad entre 0 y 76 años. Adicionalmente, se registran 42 casos confirmados en menores de 18 años en siete países de la Región (0,8% de los casos). De 1.521 casos con información disponible sobre el estado serológico respecto del VIH, 49% corresponde a personas que vivían con este virus.

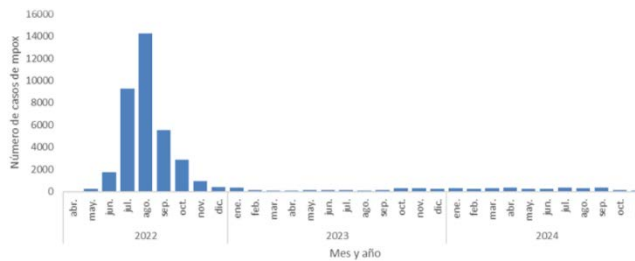
Resumen de la situación por subregión

Subregión de América del Norte

Desde 2022 y hasta la SE 48 de 2024, se reportaron 40.394 casos confirmados, incluidas 99 defunciones. La mayor proporción de casos se registró en Estados Unidos (85% de los casos).

En 2024, hasta la SE 48, los tres países que conforman esta subregión notificaron casos (3.023 casos, incluyendo cinco defunciones); desde el 29 de octubre de 2024, se notificaron 232 casos adicionales en esta subregión.

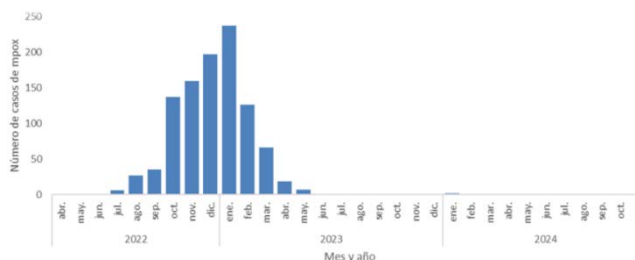
- Canadá:** En 2024, hasta la SE 48, se reportaron 365 casos confirmados, con un promedio semanal de siete casos. El 96% de los casos corresponde a hombres (349 casos) y 39% se encuentra en el grupo etario de 30 a 39 años (144 casos); no se registran casos en menores de 18 años. De 336 casos con información disponible, 1,5% fue hospitalizado.
- Estados Unidos:** En 2024, hasta la SE 48, se reportaron 2.542 casos confirmados, incluyendo cuatro defunciones, con un promedio semanal de 53 casos. El 96% de los casos corresponde a hombres (2.324 casos) y 41% se encuentra en el grupo etario de 30 a 39 años (990 casos); se registraron ocho casos en menores de 18 años. De 2.081 casos con información disponible, 11% fue hospitalizado.
- México:** En 2024, hasta la SE 48, se reportaron 116 casos confirmados, incluyendo una defunción, con un promedio semanal de dos casos. El 91% de los casos corresponde a hombres (106 casos) y 47% se encuentra en el grupo etario de 30 a 39 años (55 casos); se registraron tres casos en menores de 18 años. No se reportaron casos hospitalizados.



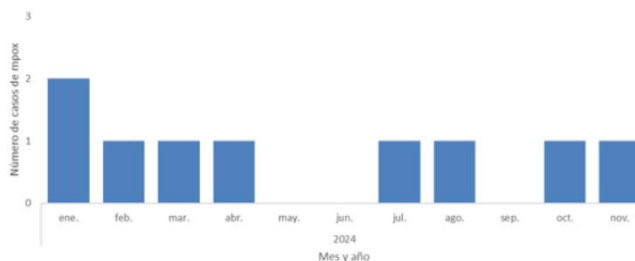
Casos confirmados de mpox, según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Subregión de América del Norte. De abril de 2022 a noviembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos confirmados de mpox, según mes de inicio de síntomas/notificación. Subregión de América del Norte. De enero a noviembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos confirmados de mpox, según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Subregión de Centroamérica. De abril de 2022 a noviembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos confirmados de mpox, según mes de inicio de síntomas/notificación. Subregión de Centroamérica. De enero a noviembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Subregión de Centroamérica

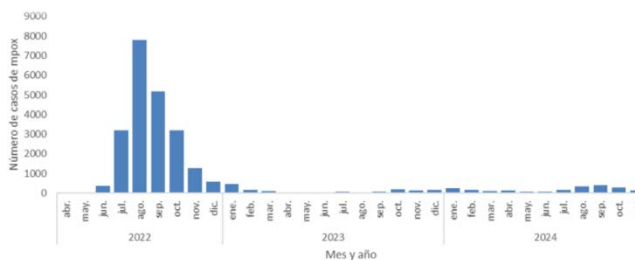
Desde 2022 y hasta la SE 48 de 2024, se notificaron 1.023 casos, incluidas cuatro defunciones. La mayor proporción de casos se reportó en Guatemala (40% de los casos). Dentro de los países que conforman esta subregión Panamá (5 casos), Guatemala (3 casos, incluyendo una defunción) y Costa Rica (1 caso) notificaron casos en 2024.

Subregión de América del Sur

Desde 2022 y hasta la SE 48 de 2024, diez países notificaron 25.241 casos, incluidas 47 defunciones. La mayor proporción de casos se registró en Brasil (52% de los casos), seguido por Colombia (17%) y Perú (16%).

Ocho países de esta subregión registraron casos en 2024 (2.116 casos, incluyendo dos defunciones): Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay; desde el 29 de octubre de 2024, se notificaron 277 casos adicionales en esta subregión.

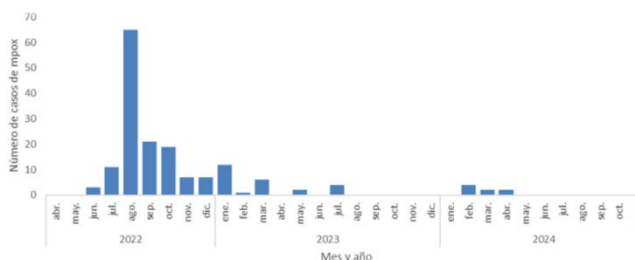
- **Argentina:** En 2024, hasta la SE 48, se reportaron 101 casos confirmados, con un promedio semanal de dos casos, durante las últimas cuatro semanas. El 98% de los casos corresponde a hombres (99 casos) y 48% se encuentra en el grupo etario de 30 a 39 años (48 casos); se registró un caso en menores de 18 años. De 91 casos con información disponible, 9% fue hospitalizado.
- **Brasil:** En 2024, hasta la SE 48, se reportaron 1.740 casos confirmados, con un promedio semanal de 36 casos, observándose una tendencia al ascenso a partir de la SE 30. El 94% de los casos corresponde a hombres (1.636 casos) y 44% se encuentra en el grupo etario de 30 a 39 años (790 casos). Se registraron 23 casos en menores de 18 años. De 1.413 casos con información disponible, 9% fue hospitalizado.
- **Colombia:** En 2024, hasta la SE 48, se reportaron 133 casos confirmados, con un promedio semanal de tres casos. De 133 casos con información disponible, 99% corresponde a hombres (132 casos) y 51% se encuentra en el grupo etario de 30 a 39 años (68 casos). No se registraron casos en menores de 18 años. De 133 casos confirmados, 26% fue hospitalizado.
- **Perú:** En 2024, hasta la SE 48, se reportaron 90 casos confirmados, incluyendo dos defunciones, con un promedio semanal de dos casos. El 96% de los casos corresponde a hombres (86 casos) y 51% se encuentra en el grupo etario de 30 a 39 años (46 casos). Se registró un caso en un menor de 18 años.



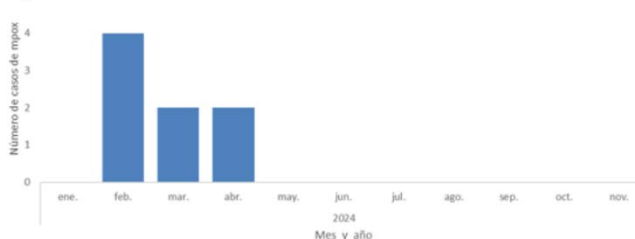
Casos confirmados de mpox, según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Subregión de América del Sur. De abril de 2022 a noviembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos confirmados de mpox, según mes de inicio de síntomas/notificación. Subregión de América del Sur. De enero a noviembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos confirmados de mpox, según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Subregión del Caribe e islas del océano Atlántico. De abril de 2022 a noviembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos confirmados de mpox, según mes de inicio de síntomas/notificación. Subregión del Caribe e islas del océano Atlántico. De enero a noviembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Subregión del Caribe e islas del océano Atlántico

Desde 2022 y hasta la SE 48 de 2024, trece países y territorios notificaron 166 casos, incluidas dos defunciones. La mayor proporción de casos se registró en República Dominicana (66% de los casos), seguido por Jamaica (13%) y Cuba (5%). República Dominicana es el único país de esta subregión que reportó casos durante 2024 (8 casos).

Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

Si el uso de mercurio en la minería ilegal ya provoca, de por sí, efectos devastadores sobre el ambiente y los seres vivos, un reciente estudio identificó un problema aún más grave: los niveles del metal disponible en el suelo pueden aumentar hasta 70% durante las estaciones secas.

La investigación evaluó el impacto de la minería ilegal de oro sobre las reservas de carbono, nitrógeno y mercurio del suelo en cuatro biomas brasileños: Amazonia, Cerrado, Pantanal y Mata Atlántica. Se denomina bioma a un conjunto de ecosistemas que comparten clima, flora y fauna.

La materia orgánica del suelo, rica en carbono, retiene el mercurio y ayuda a prevenir su propagación. Sin embargo, las temperaturas más altas durante las sequías aceleran la descomposición de esta materia orgánica, liberando dióxido de carbono a la atmósfera y reduciendo la capacidad del suelo para capturar el mercurio. Como resultado, el metal altamente tóxico se vuelve más disponible en el ambiente y más accesible para los organismos vivos.

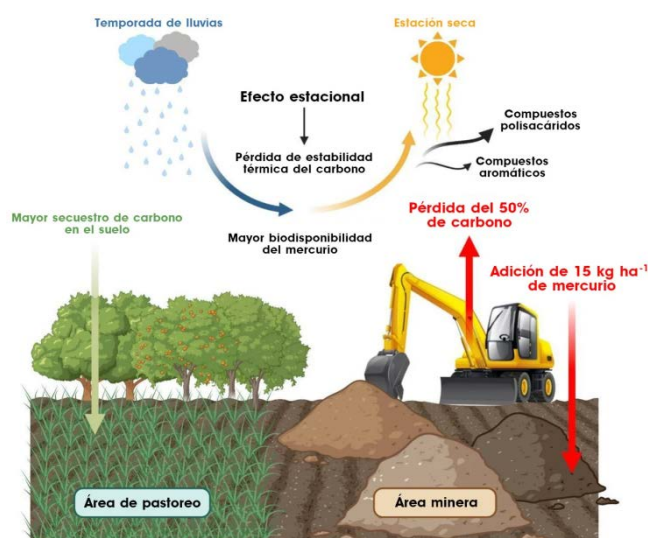
Los análisis realizados en el marco de la investigación indicaron una reducción de 50% en las reservas de carbono en el suelo de las zonas mineras en comparación con las zonas de pastos, utilizado como referencia para comparar los resultados. Esta pérdida está relacionada con un aumento de 70% en la liberación de mercurio.

Sin embargo, los resultados del estudio apuntan a una contaminación potencialmente mucho mayor. Esto se debe a que sólo se analizó una capa superficial del suelo.

La atención se centró en las primeras capas porque generalmente es allí donde se produce la interacción con el ambiente y a ellas acceden los animales y otros seres vivos. Pero si se considera el impacto en su conjunto, son muchas más toneladas de carbono perdidas, y probablemente muchos más kilogramos de mercurio por hectárea en estas áreas.

Aunque los impactos fueron similares en los cuatro biomas analizados, la Amazonia y el Pantanal fueron más sensibles a los cambios, principalmente porque registran temperaturas más altas.

El aumento de la disponibilidad de mercurio en la estación seca aumenta el impacto del cambio climático. Ya se sabe, por ejemplo, que el aumento de la temperatura en el planeta ha provocado el deshielo del permafrost –capas congeladas del suelo– que acaba liberando al ambiente el mercurio que estaba fijado en el suelo. El mercurio liberado a la atmósfera puede viajar largas distancias, hasta zonas donde no hay un impacto directo de la minería u otras actividades que emiten mercurio.



Efecto de las sequías sobre el aumento de la biodisponibilidad de mercurio en el suelo en áreas de minería ilegal.

Amenaza a las comunidades indígenas

El mercurio se utiliza en la extracción ilegal de oro porque se amalgama con el metal precioso, facilitando su separación de otros residuos. La amalgama se calienta para que el mercurio se evapore, quedando sólo el oro. El gas resultante también es extremadamente tóxico.



En la región amazónica, la minería ilegal es una amenaza para el ambiente y las comunidades indígenas.

Un estudio identificó la presencia de mercurio en 293 muestras de cabello y mucosa oral recolectadas de indígenas de la región de Alto Río Mucajaí, en la Tierra Indígena Yanomami, estado de Roraima. El material fue recogido de hombres y mujeres adultos, así como de niños y ancianos.

También se analizaron 47 especímenes de pescado, todos los cuales mostraban algún grado de contaminación por mercurio.

Asimismo, las proyecciones de otro estudio indican que, en promedio, 27% de las 8.259 subcuencas de los ríos amazónicos analizadas estarían incumpliendo la legislación brasileña, que establece límites para la concentración de mercurio en los alimentos. En las cuencas de los ríos Branco y Tapajós esta cifra asciende a 52%.

Los ambientes característicos del bioma amazónico, como los igapós, reúnen condiciones que favorecen la transformación del mercurio en su forma orgánica, o metilmercurio, la forma más tóxica del contaminante.

Se denomina igapó a los bosques pantanosos de la Amazonía inundados estacionalmente por aguas negras y dulces.

El metilmercurio se acumula en la cadena alimenticia, especialmente en el pescado, que es utilizado como fuente de alimento por animales y comunidades de la región. El modelado indica que casi la mitad de las comunidades indígenas de las subcuencas de los ríos Mucajaí, Uraricoera y Branco estarían en riesgo muy alto de contaminación, considerando los efectos del mercurio en la salud humana.

El pescado es la principal fuente de proteínas de las comunidades tradicionales amazónicas, que tienen las tasas de consumo de pescado más altas del mundo. Por lo tanto, incluso si las concentraciones de mercurio en el pescado cumplen con las normas del Mercado Común del Sur, las poblaciones pueden estar en riesgo, considerando las cantidades ingeridas en la región, las que superan en tres veces la dosis de referencia establecida por la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos.

Al evaluar las condiciones de salud de los indígenas, se observó que aquellos con mayores niveles de mercurio en sus muestras de cabello presentaban déficits cognitivos y neurológicos. La exposición al metal también se ha relacionado con enfermedades cardiovasculares y problemas de desarrollo en los niños.

La temporada de influenza en Estados Unidos está en marcha, con un aumento de casos en gran parte del país, dijeron el 20 de diciembre funcionarios de salud.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) notaron aumentos significativos en varios indicadores, incluidas pruebas de laboratorio y visitas a salas de emergencia.

“Ha estado aumentando a un ritmo bastante constante durante las últimas semanas. Así que sí, definitivamente estamos en temporada de influenza ahora”, dijo Alicia Budd de los CDC.



Una tienda ofrece vacunas contra la influenza en Glenview, Illinois, el 15 de febrero del 2024.

Trece estados informaron niveles altos o muy altos de enfermedad tipo influenza la semana pasada, aproximadamente el doble que la semana anterior. Uno de ellos es Tennessee, donde un pico de la enfermedad está afectando el área de Nashville, dijo el Dr. William Schaffner, experto en enfermedades infecciosas de la Universidad de Vanderbilt.

“La influenza ha estado aumentando, pero en la última semana ha explotado”, dijo Schaffner. Señaló que en una clínica local que sirve como indicador de tendencias de enfermedades, hasta un cuarto de los pacientes presentan síntomas de influenza.

Louisiana es otro foco temprano.

“Esta semana es realmente ese punto de inflexión donde la gente está siendo afectada por la influenza”, dijo la Dra. Catherine O’Neal, médica de enfermedades infecciosas en el hospital privado más grande del estado, Our Lady of the Lake Regional Medical Center, en Baton Rouge. “Escuchas a los padres decir ‘No puedo ir a trabajar por la influenza’ y ‘¿Dónde puedo hacerme una prueba de influenza?’”

Por supuesto, hay varios virus que causan fiebre, tos, dolor de garganta y otros síntomas similares a los de la influenza. Uno es el SARS-CoV-2. Otro es el virus sincicial respiratorio (VSR), una causa común de síntomas similares a los del resfrío, pero que puede ser peligroso para los bebés y los ancianos.

Los datos más recientes de los CDC muestran que las hospitalizaciones por covid han estado disminuyendo desde el verano. La actividad de la covid es moderada a nivel nacional, pero alta en el centro-oeste norteamericano, según datos de aguas residuales de los CDC.

Las hospitalizaciones por el VSR comenzaron a aumentar antes que la influenza y ahora muestran signos de estabilizarse, pero siguen siendo un poco más comunes que las admisiones por influenza. En general, la actividad del VSR es baja a nivel nacional, pero alta en el sur, muestran los datos de aguas residuales.

Los CDC declararon el inicio de la temporada de influenza basándose en varios indicadores, incluidos los resultados de laboratorio para pacientes en hospitales y consultorios médicos, y el porcentaje de visitas a departamentos de emergencia que tuvieron un diagnóstico de alta de influenza.

“Ninguna cepa de influenza parece ser dominante, y es demasiado temprano en la temporada para saber qué tan buena será la coincidencia con la vacuna contra la influenza”, dijo Budd.

La temporada de influenza del invierno pasado fue considerada “moderada” en general, pero fue larga –21 semanas–, y los CDC estimaron que hubo 28.000 muertes relacionadas con la enfermedad. Fue inusualmente peligrosa para los niños, con 205 muertes pediátricas reportadas. Esa fue la cifra más alta jamás reportada para una temporada de influenza convencional.

“La larga temporada fue probablemente un factor”, dijo Budd. Otro factor fue la baja cobertura de vacunación contra la influenza. Entre los niños que murieron que tenían edad suficiente para vacunarse contra la influenza –y para quienes se conocía su estado de vacunación– 80% no estaba completamente vacunado, según los CDC.

Las coberturas de vacunación para niños son aún más bajas este año. Hasta el 7 de diciembre, aproximadamente 41% de los adultos había recibido una vacuna contra la influenza, similar a la tasa en el mismo punto del año pasado. El porcentaje es el mismo para los niños, pero para ellos eso es una caída respecto del año pasado, cuando 44% estaba vacunado contra la influenza, según datos de los CDC.

Las coberturas de vacunación son aún más bajas contra la covid, con aproximadamente 21% de los adultos y 11% de los niños al día.

Los expertos en influenza recomiendan que todos se vacunen, especialmente cuando se preparan para asistir a reuniones festivas donde los virus respiratorios pueden propagarse ampliamente.

“Todas esas reuniones que son tan reconfortantes, divertidas y alegres también son una oportunidad para que este virus se propague de persona a persona”, dijo Schaffner. “No es demasiado tarde para vacunarse”.

Aun así, el departamento de Salud de Louisiana dijo en un comunicado el 20 de diciembre que en realidad estaba retrocediendo en la recomendación de vacunas contra la influenza y la covid. Un oficial escribió que la última posición del departamento es que las personas deberían hablar con sus médicos sobre si las vacunas tienen sentido para ellos.

El director de salud del estado, Dr. Ralph Abraham, había expresado previamente preocupaciones sobre la seguridad y eficacia de la vacuna contra la covid.

Las vacunas salvan vidas y las políticas que disuaden a las personas de protegerse son peligrosamente irresponsables, afirman expertos en salud pública y defensores.

“La gente va a morir debido a esta política”, dijo Jennifer Herricks, fundadora de un grupo llamado Louisiana Families for Vaccines.



La influenza aviar A(H5N1) ha ido en aumento en el estado de Washington y un santuario se ha visto muy afectado: 20 grandes felinos –más de la mitad de la población del centro– murieron en el transcurso de varias semanas.

El Wild Felid Advocacy Center de Washington anunció las muertes el 20 de diciembre. El santuario sin ánimo de lucro se encuentra en Shelton, a unos 35 kilómetros al noroeste de Olympia.



“Ha sido una gran pesadilla. Nunca pensé que nos pasaría algo así”, dijo el director y cofundador del centro, Mark Mathews. “Esto podría haber ocurrido en una instalación en la que los felinos están muy cerca unos de otros, pero los nuestros estaban repartidos en más de dos hectáreas”.

Por el momento se desconoce exactamente cómo contrajeron la influenza aviar los grandes felinos, pero Mathews dijo que la primera muerte se produjo alrededor del Día de Acción de Gracias, el 28 de noviembre.

Entre los 20 animales que murieron figuran: cinco servales africanos, cuatro lince, cuatro pumas, dos lince canadienses, una mezcla de tigre de Amur y Bengala, y otras especies de grandes felinos.

“Antes de Acción de Gracias, teníamos 37 felinos. Hoy tenemos 17, incluyendo cuatro que se están recuperando”, dijo Mathews.

El santuario está en cuarentena y cerrado al público para evitar una mayor propagación de la influenza aviar. El centro informó que está trabajando con funcionarios federales y estatales de salud animal, desinfectando cada recinto y trabajando con veterinarios en “estrategias de prevención mientras supervisan el tratamiento para proteger el bienestar de los animales”.

El santuario espera reabrir en el año nuevo, según el sitio web del centro.

Aunque se desconoce cómo contrajeron la influenza aviar los grandes felinos, el santuario declaró que “se propaga principalmente a través de las secreciones respiratorias y el contacto entre aves, y también puede ser contraída por mamíferos carnívoros que ingieren aves u otros productos”.

Los felinos son especialmente vulnerables a la influenza aviar, que puede causar síntomas iniciales sutiles que pueden “progresar rápidamente, a menudo causando la muerte en 24 horas debido a cuadros similares a la neumonía”, señaló el centro. Los síntomas incluyen poca energía, hinchazón de partes del cuerpo, falta de coordinación y diarrea en las aves de compañía, mientras que los gatos y los perros pueden experimentar fiebre, letargo y poco apetito, entre otros síntomas, según la Asociación Estadounidense de Medicina Veterinaria.

El Departamento de Pesca y Vida Silvestre de Washington informó anteriormente este mes que los casos de influenza aviar habían aumentado en todo el estado. También confirmó que dos pumas contrajeron la influenza aviar en otra parte del estado.

“Me siento devastada, en estado de shock. Es terrible cuidar tan bien de ellos y que algo imprevisto les pase factura tan rápido”, declaró Jolie Connolly-Poe, empleada del santuario. “Solo si son bien cuidados se recuperan”.



Mathews declaró que, en los 20 años transcurridos desde la apertura del santuario, nunca se había dado un caso como este. El centro está tomando precauciones adicionales para evitar una mayor propagación de la influenza aviar mientras se preparan para desinfectar todo.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos afirman que “es raro que las personas se infecten con el virus de la influenza aviar a través del contacto con mamíferos salvajes, callejeros, asilvestrados o domésticos infectados”, pero es posible si hay una “exposición prolongada y sin protección” al animal enfermo.

Según los CDC, se han producido dos casos de influenza aviar transmitida a humanos por mamíferos: uno en 2016, en un felino, y otro en 2024, en una vaca.

El Departamento de Salud de Puerto Rico emitió una alerta por melioidosis ante el reporte de seis casos, entre fines de julio y principios de noviembre de este año, de los cuales cuatro resultaron en la muerte de las personas afectadas por la condición, causada por la bacteria *Burkholderia pseudomallei*.



Esta bacteria es endémica en Puerto Rico y es común en suelo y aguas en ambientes

tropicales. Es transmitida al ser humano y los animales durante eventos meteorológicos severos, como huracanes y fuertes lluvias, cuando las inundaciones arrastran gérmenes de los suelos a la superficie.

Los casos se registraron, principalmente, en el área este de Puerto Rico, con cuatro casos en la región de Caguas, uno en la región de Fajardo y uno en la Región Metropolitana. La mayoría de los casos eran pacientes con diabetes, y uno de ellos padecía cáncer.

En cuanto a los fallecidos, uno corresponde al grupo de edad de 60 a 69 años, dos al de 70 a 79 y uno de 90 años o más. Una de estas muertes fue reportada en agosto, dos en septiembre y la cuarta, en noviembre.

Un factor de riesgo que se ha identificado es que la mayor parte de estos casos presenta diabetes. Es importante conocer que, ante eventos de lluvia o después de la lluvia, las personas que se movilizan descalzos en exteriores, se están exponiendo a esta bacteria, particularmente aquellas con heridas en los pies, lo que facilita el proceso de infección.

El hecho de que las bacterias de los suelos sean arrastradas a la superficie aumenta el riesgo de infección a través del contacto con aguas contaminadas de lesiones en la piel, al beber o inhalar gotas de agua contaminadas o por inhalación de polvo del suelo contaminado.

El departamento de Salud exhortó a los servicios médicos a evaluar y fortalecer sus planes de trabajo para manejar un potencial aumento en los casos de esta enfermedad. El diagnóstico y tratamiento oportuno de la melioidosis puede minimizar complicaciones y muertes.

Después de evaluar los casos, el departamento de Salud decidió emitir el aviso para que los médicos y los establecimientos hospitalarios estén alertas para reconocer estos casos, porque no es usual verlos, así que, si presentan los síntomas, se evalúe una sospecha para melioidosis.

El departamento de Salud recordó que el Servicio Nacional de Meteorología reportó patrones consistentes de fuertes lluvias e inundaciones en los últimos meses, creando las condiciones para que aumente el riesgo de casos de melioidosis. Precisamente, el Servicio Nacional también indicó que las condiciones del tiempo hasta el 19 de diciembre no eran propicias para actividades al aire libre debido a la actividad de lluvia generalizada.

El inicio de los síntomas de la melioidosis se da entre dos a cuatro semanas luego de la exposición. Quienes están en mayor riesgo de desarrollar la enfermedad son las personas con diabe-

tes, enfermedad crónica del hígado, enfermedad renal crónica, talasemia, cáncer y sistema inmunitario debilitado.

De igual modo, están en mayor riesgo las personas con enfermedades respiratorias crónicas, como fibrosis quística, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquiectasia, así como las personas que realizan un consumo elevado de alcohol.

Síntomas

La melioidosis presenta una amplia gama de síntomas que pueden involucrar cualquier órgano. Esta variabilidad complica el proceso de diagnóstico.

Los síntomas dependen del sitio de la infección y pueden aparecer otras enfermedades, desde infecciones localizadas hasta septicemia. La melioidosis puede presentar síntomas generales, como fiebre –a menudo alta y persistente–, cansancio o malestar general, pérdida de peso y dolor muscular o articular.

Por otro lado, la infección localizada puede provocar dolor, hinchazón, o enrojecimiento en el sitio de la infección, úlceras en la piel, o abscesos, ocasionalmente con secreción de pus. También, puede haber síntomas respiratorios debido a pulmonía, que incluye fiebre alta y escalofríos, tos –que puede producir mucosidad o sangre–, falta de aire o dificultad para respirar, dolor de pecho, y los casos severos pueden progresar a dificultad respiratoria.

En cuanto a la septicemia, puede reflejar fiebre alta con escalofríos, dolor abdominal severo, letargo o confusión, ritmo cardíaco acelerado y baja presión sanguínea (signos de choque séptico) y dificultad respiratoria.

También puede producirse una enfermedad diseminada. En estos casos, algunos de los síntomas son la formación de abscesos en órganos internos, tales como hígado, bazo o cerebro; múltiples abscesos en sitios distantes del cuerpo; ictericia (cuando el hígado ha sido afectado); y síntomas neurológicos, como dolor de cabeza o confusión.

El diagnóstico y tratamiento temprano son esenciales para la prevención de complicaciones severas.



পশ্চিমবঙ্গ স্বাস্থ্য অধিদপ্তর
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়

BANGLADESH

YA SON MÁS DE 100.000 LOS CASOS
DE DENGUE REGISTRADOS EN 2024

26/12/2024

Según la Dirección General de Servicios de Salud (DGHS) de Dhaka, el número de casos de dengue ha superado la marca de 100.000 por segundo año consecutivo.

En 2024, hasta el 26 de diciembre, las autoridades informaron un total de 100.711 casos de dengue. El número total de muertes es de 569, lo que supone una tasa de letalidad de 0,56%, superior a la de la mayoría de los países.

Alrededor de 60% de los casos se notificaron en octubre y noviembre.

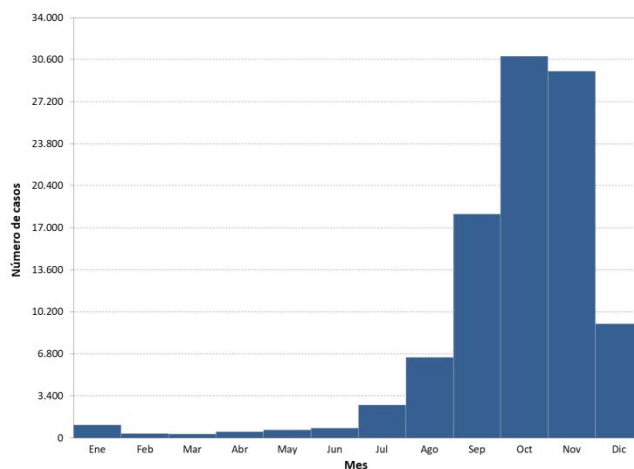
Dos tercios de los casos se notificaron en hombres, mientras que las muertes se dividieron equitativamente.

La situación del dengue en 2024 se produce tras el año récord de 2023, cuando se registraron 321.179 casos de dengue y 1.705 muertes.

El primer brote de dengue en Bangladesh se registró en 2000 y, desde entonces, la enfermedad se ha vuelto endémica en el país y plantea un importante problema de salud.

Entre 2000 y 2022, la DGHS notificó un total de 244.246 casos de dengue, con una media anual de 10.619 casos, incluidos 849 desenlaces mortales con una tasa de letalidad de 0,35%.

El cambio climático, incluidos los cambios en las precipitaciones, la temperatura y la humedad, así como la rápida urbanización no planificada, fueron identificados como fuertes indicadores de un desequilibrio ecológico que ha llevado a un aumento de los casos de dengue en Bangladesh.



Casos semanales notificados de dengue. Bangladesh. Año 2024. Fuente: Dirección General de Servicios de Salud de Dhaka. (Datos al 26 de diciembre de 2024).

Una semana después de su peor ciclón en casi un siglo, y un día después de una tensa visita presidencial, el empobrecido territorio francés de Mayotte, en el Océano Índico, sigue lidiando con el conteo de muertos, la restauración de servicios esenciales y la ayuda a una población asediada.

El ciclón Chido causó devastación en todo el archipiélago. Los hospitales, ya de por sí desbordados, están abrumados con pacientes que sufren no solo lesiones relacionadas con el ciclón, sino también de deshidratación, desnutrición y enfermedades.

En el principal hospital de Mayotte en la capital, Mamoudzou, los médicos enfrentaron una cascada de crisis.

“Perdimos 40% de las habitaciones de pacientes, unas 50 a 60 camas”, dijo el Dr. Roger Serhal, jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología. “Hay tantos pacientes que vienen al hospital, y no tenemos espacio para admitirlos”.

Mientras Chido azotaba el archipiélago el fin de semana pasado con vientos de 220 kilómetros por hora, Serhal y su equipo atendieron el parto de tres bebés, incluyendo una cesárea.

El daño estructural del hospital obligó al personal a hacer triaje de pacientes, priorizando los casos más graves. Aunque el recuento oficial de muertos sigue siendo de 35, según el Ministerio del Interior francés el 21 de diciembre, el número de heridos graves aumentó a 78, con otros 2.432 que presentan lesiones menores. La ministra de Salud, Geneviève Darrieussecq, advirtió que cualquier estimación probablemente sea un subconteo importante “comparado con la magnitud del desastre”.

La ayuda de emergencia se está entregando por aire y mar. Desde el ciclón, han llegado 31 toneladas de alimentos y 108 toneladas de agua, con 1,6 millones de litros de agua adicionales esperados el 23 de diciembre a bordo de un buque contenedor, según el Ministerio del Interior.

El hospital está operando al 50% de su capacidad, mientras que 109 pacientes han sido evacuados a Francia para una atención urgente. Se han establecido tres puestos médicos avanzados en Grande-Terre, la isla principal de Mayotte, para abordar el aumento de necesidades.

La tormenta devastó barrios enteros. Muchas personas ignoraron las advertencias, pensando que la tormenta no sería tan extrema. Aún peor, muchos migrantes evitaron los refugios por miedo a la deportación, dijeron las autoridades, agregando que podría haber cientos o posiblemente miles de fallecidos.

Los médicos temen que la falta de agua limpia y electricidad, agravada por las condiciones de hacinamiento, esté preparando el escenario para una crisis sanitaria. “Los pacientes vienen



Una niña camina entre la destrucción en Mbouyougou, Mayotte, el 21 de diciembre de 2024.

porque sus enfermedades no están tratadas, no hay agua y no hay electricidad. Nos preocupan las epidemias, como el brote de cólera que detuvimos hace solo unos meses”, dijo el Dr. Vincent Gilles, director médico de emergencias del hospital.

El personal del hospital continúa trabajando incansablemente, pero los recursos se están agotando. “Si llueve, será catastrófico”, dijo Serhal.

Entre los pacientes que luchan por recuperarse está Saindou Mohamadi, de 54 años, quien se fracturó el brazo y se torció el tobillo durante la tormenta que dejó su hogar completamente destruido. Hablando desde su cama de hospital, Mohamadi expresó desesperación por su familia. “Mi madre está enferma, yo estoy enfermo y mi hijo está enfermo”, dijo. “Necesitan comer, pero yo soy quien se encarga de la comida, y ahora no tenemos nada”. Con seis hijos a su cargo, Mohamadi está entre los innumerables residentes que quedaron sin hogar y desamparados.

“No estoy solo”, dijo. “Somos muchos los que hemos perdido todo: nuestras casas, nuestra comida. Quiero que el gobierno se preocupe por nosotros, que nos dé comida y un lugar donde dormir”.

Mayotte, un archipiélago densamente poblado de más de 320.000 habitantes, también es hogar de unos 100.000 migrantes, muchos viviendo en condiciones precarias.

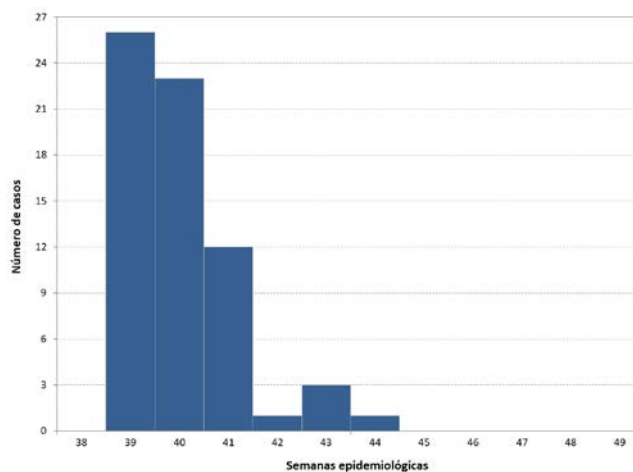
La región ultramarina más pobre de Francia y, por extensión, de la Unión Europea, ha luchado durante mucho tiempo con el abandono sistémico y la falta de inversión. Alrededor de 75% de su población vive en la pobreza, y la infraestructura del archipiélago estaba mal equipada para soportar un desastre de esta magnitud. La destrucción causada por Chido agravó estos desafíos, dejando a muchos residentes con poca fe en la capacidad del gobierno para proporcionar alivio oportuno y adecuado.

Los esfuerzos para entregar ayuda de emergencia, incluidos los traslados aéreos de agua y alimentos, están en marcha, pero la escala de la necesidad es asombrosa. El aeropuerto de Mayotte sigue cerrado a vuelos civiles debido a daños, complicando aún más la logística.

El presidente francés Emmanuel Jean-Michel Frédéric Macron, durante su visita el 20 de diciembre, reconoció la gravedad de la situación y se comprometió a reconstruir, pero enfrentó críticas de los residentes frustrados por la lentitud de la ayuda.

Llamando al archipiélago “totalmente devastado”, el ministro del Interior, Bruno Daniel Marie Paul Retailleau, pintó un cuadro sombrío: aproximadamente 70% de la población gravemente afectada por la catástrofe, y muchos sin hogar y vulnerables.

Desde que se publicó la [última actualización](#) sobre un brote de enfermedad por el virus de Marburg, el 13 de noviembre de 2024, no se han notificado nuevos casos confirmados en Rwanda. Hasta el 19 de diciembre de 2024, se han notificado 66 casos confirmados, incluidas 15 muertes (tasa de letalidad de 23%), y 51 casos recuperados. Entre los casos confirmados, 68% son de sexo masculino y 46% son adultos de entre 30 y 39 años. Los trabajadores sanitarios de dos centros sanitarios de Kigali representan casi 78% de todos los casos confirmados. La mayoría de los casos se notificaron en los tres distritos de la ciudad de Kigali: Gasabo, Kicukiro y Nyarugenge.



Casos confirmados de enfermedad por el virus de Marburg. Rwanda. Año 2024, semanas epidemiológicas 38 a 49. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Nota: Los datos de la semana epidemiológica 45 son incompletos.

El mayor número de casos confirmados (61 casos) se registró en las tres primeras semanas epidemiológicas (semanas 39 a 41, del 23 de septiembre al 13 de octubre) del brote. A esto le siguió una marcada disminución, con tres o menos casos notificados entre las semanas epidemiológicas 42 y 44.

Hasta el 6 de diciembre, se habían realizado 7.874 pruebas para detectar el virus de Marburg en el Centro Biomédico de Rwanda.

El 8 de noviembre, comenzó la cuenta regresiva recomendada de 42 días para declarar el fin del brote, tras dos pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) negativas consecutivas del último caso confirmado el 7 de noviembre. El período de cuenta regresiva de 42 días es el doble del período máximo de incubación para las infecciones por el virus de Marburg, desde la última exposición potencial al último caso notificado. El último caso confirmado se notificó el 30 de octubre y la última muerte el 14 de octubre.

El 20 de diciembre, tras finalizar dos períodos de incubación consecutivos (un total de 42 días) sin que se notificara ningún nuevo caso confirmado, el Ministerio de Salud de Rwanda declaró el fin del brote.

Respuesta de salud pública

- El Gobierno de Rwanda coordinó la respuesta con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados.
- Un equipo de refuerzo de la OMS se desplegó para apoyar la respuesta en el país en las funciones de gestión de incidentes, epidemiología, operaciones de salud, gestión de casos, prevención y control de infecciones, laboratorio, logística de salud, investigación terapéutica y de vacunas y coordinación de socios.

- La OMS y sus asociados apoyaron al ministerio de Salud en la realización de capacitaciones de capacitadores y capacitación de seguimiento en cascada para hospitales de distrito y centros de salud en el país en materia de vigilancia, prevención y control de infecciones, gestión de casos, puntos de ingreso y salud fronteriza, intervención WASH (agua, saneamiento e higiene), comunicación de riesgos y participación comunitaria y otras áreas de respuesta.
- La OMS y sus asociados –Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC, de Estados Unidos– apoyaron al Ministerio de Salud en la revisión de la definición de caso de enfermedad por el virus de Marburg.
- La OMS apoyó de manera directa al centro de tratamiento de enfermedad por el virus de Marburg con expertos clínicos en enfermedades infecciosas, cuidados críticos y enfermería, así como con experiencia en logística sanitaria y WASH.
- La OMS apoyó el pilar de gestión de casos nacionales para recopilar datos estandarizados a nivel de pacientes basados en el formulario de informe electrónico de casos de la OMS de la Plataforma Clínica Mundial de la OMS y elaborar informes descriptivos de las respuestas de gestión de casos al brote.
- La OMS y sus asociados –la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), los CDC de Estados Unidos y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (África-CDC)– apoyaron las pruebas de diagnóstico de la enfermedad viral en Rwanda mediante el suministro de suministros de laboratorio y apoyo técnico. La OMS colaboró continuamente con sus centros colaboradores en materia de fiebre hemorrágica viral y otros laboratorios de referencia y asociados para respaldar la evaluación del desempeño de las pruebas de diagnóstico y garantizar la continuidad del apoyo técnico en relación con las pruebas de la enfermedad viral.
- La OMS apoyó al Gobierno en el establecimiento de un programa para pacientes recuperados, compartiendo orientación técnica y protocolos para establecer un programa nacional y apoyando el esfuerzo de implementación del ministerio de Salud de Rwanda.
- La OMS y sus asociados apoyaron al Ministerio de Salud en la actualización y validación de las principales orientaciones y procedimientos operativos estándar nacionales, incluso para las actividades de prevención y control de infecciones (incluida la vigilancia de la mortalidad).
- La OMS y sus asociados –la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el África-CDC– apoyaron el desarrollo de capacidades en los puntos de ingreso a través del programa nacional de capacitación en vigilancia y visitas de evaluación de necesidades en 11 puntos de ingreso prioritarios en todo el país fronterizo con la República Democrática del Congo, Uganda, Tanzania y Burundi.
- La OMS brindó asesoramiento técnico a las autoridades de salud pública de Rwanda y los países en riesgo sobre la implementación de medidas de salud basadas en evidencia y riesgos; el fortalecimiento de las capacidades de detección, notificación y gestión en los puntos de ingreso y a través de las fronteras; y asesoramiento para viajeros.
- La OMS publicó una guía provisional sobre las [Consideraciones para la salud fronteriza y los puntos de ingreso en caso de brotes de enfermedad por filovirus](#), que se aplica, aunque no se limita a, el brote de enfermedad por el virus de Marburg que finalizó recientemente en Rwanda.

- La OMS también publicó una declaración en la que desaconseja cualquier [restricción de viaje o de comercio con Rwanda](#) en el contexto del brote de enfermedad por el virus de Marburg recientemente finalizado.
- La OMS sigue prestando apoyo en los países vecinos para evaluar la preparación de los centros de atención de salud, los puntos de ingreso y las comunidades fronterizas en los países vecinos y, específicamente, para cartografiar los riesgos de las zonas fronterizas con Rwanda.
- La OMS publicó el 10 de diciembre de 2024 las orientaciones provisionales sobre [comunicación de riesgos y participación comunitaria en caso de brotes de enfermedad por el virus de Marburg](#).

Evaluación de riesgos de la OMS

Con 66 casos confirmados notificados, este es el tercer brote más grande de enfermedad por el virus de Marburg notificado hasta la fecha, y casi 80% de los casos confirmados se notificó entre trabajadores de la salud. Las infecciones asociadas a la atención médica (también conocidas como infecciones nosocomiales) de esta enfermedad pueden provocar una mayor propagación si no se controlan a tiempo. De conformidad con las recomendaciones de la OMS, se observaron los criterios para declarar el fin de un brote después de dos períodos máximos de incubación (42 días) y no se detectó ningún nuevo caso confirmado o probable de enfermedad por el virus de Marburg.

Con base en la investigación del brote, que incluyó revisión de registros en instalaciones de salud, revisión de datos epidemiológicos, serología y secuenciación genómica, así como pruebas ambientales y en animales, se informa que [la fuente del brote es de origen zoonótico, vinculado a la exposición en una cueva habitada por murciélagos frugívoros](#). Se puso en marcha una vigilancia en los mineros que trabajan en las cuevas para detectar nuevos casos.

Sigue existiendo el riesgo de que reaparezca la enfermedad viral aun después de que se haya declarado el fin del brote, debido a una nueva propagación a partir de interacciones con el reservorio animal. El virus también puede persistir durante un período prolongado en los fluidos corporales (principalmente el semen) de las personas que se recuperaron de la enfermedad, lo que subraya la importancia de su participación en el programa de atención para la recuperación y el apoyo que brinda el programa.

Según la información disponible al final del brote de enfermedad por el virus de Marburg en Rwanda, el riesgo se considera bajo a nivel nacional, regional y mundial.

Consejos de la OMS

La OMS alienta a mantener las capacidades de detección y atención tempranas, además de mantener la capacidad de responder rápidamente una vez que el brote haya terminado. Esto tiene como objetivo garantizar que, si la enfermedad reaparece, las autoridades sanitarias puedan detectarla de inmediato, evitar que se propague nuevamente y, en última instancia, salvar vidas.

La sensibilización sobre los factores de riesgo de la infección por el virus de Marburg y las medidas de protección que pueden adoptar las personas es una forma eficaz de reducir la transmisión humana. La OMS recomienda las siguientes medidas de reducción del riesgo como una forma eficaz de reducir la transmisión de la enfermedad viral en los centros de atención sanitaria y en las comunidades:

- Reducción del riesgo de transmisión de murciélagos a humanos a causa de la exposición prolongada en minas o cuevas habitadas por colonias de murciélagos frugívoros. Las personas que visiten o trabajen en minas o cuevas habitadas por colonias de murciélagos frugívoros deben usar guantes y otra ropa protectora adecuada (incluidos barbijos).
- La OMS alienta a los países a implementar un programa de atención integral para apoyar a las personas que se recuperaron de la enfermedad por el virus de Marburg con cualquier secuela posterior y permitirles acceder a pruebas de fluidos corporales y mitigar el riesgo de transmisión a través de fluidos corporales infectados mediante prácticas adecuadas.
- Las capacidades para la detección temprana de pacientes con enfermedad por el virus de Marburg deben mantenerse a lo largo del tiempo en entornos de riesgo de la enfermedad.
- Reducir el riesgo de transmisión de persona a persona en la comunidad a partir del contacto directo o cercano con pacientes infectados, en particular con sus fluidos corporales. Debe evitarse el contacto físico cercano con pacientes con enfermedad por el virus de Marburg. Los pacientes con sospecha o confirmación de la enfermedad deben aislarse en un centro de tratamiento designado para recibir atención temprana y evitar la transmisión en el hogar.
- Las comunidades afectadas por la enfermedad por el virus de Marburg, junto con las autoridades sanitarias, deben asegurarse de que la población esté bien informada, tanto sobre la naturaleza de la enfermedad en sí como sobre las medidas necesarias para contener el brote.
- Las medidas de contención del brote incluyen el entierro seguro y digno de los fallecidos, la identificación de las personas que pueden haber estado en contacto con alguien infectado por el virus de Marburg y el control de su salud durante 21 días, la separación de los sanos de los enfermos para evitar una mayor propagación y la prestación de atención al paciente confirmado y el mantenimiento de una buena higiene y un ambiente limpio.
- Se deben implementar y/o fortalecer medidas críticas de prevención y control de infecciones en todos los establecimientos de atención de salud, según las [directrices de la OMS para la prevención y el control de infecciones en el caso de la enfermedad por el virus del Ébola y la enfermedad por el virus de Marburg](#). Los trabajadores de la salud que atienden a pacientes con enfermedad viral confirmada o sospechosa deben aplicar [precauciones basadas en la transmisión](#) además de [precauciones estándar](#), incluido el uso apropiado de equipo de protección personal e higiene de manos de acuerdo con los [5 momentos de la OMS](#) para evitar el contacto con la sangre y otros fluidos corporales del paciente y con superficies y objetos contaminados. Los desechos generados en los establecimientos de atención de salud deben separarse, recolectarse, transportarse, almacenarse, tratarse y eliminarse finalmente de manera segura. Deben respetarse las pautas, reglas y regulaciones nacionales para la eliminación segura de desechos o las [pautas de la OMS sobre la gestión segura de desechos](#).
- Las actividades de atención al paciente deben llevarse a cabo en un entorno limpio e higiénico que facilite las prácticas relacionadas con la prevención y el control de las infecciones asociadas a la atención de la salud, como se describe en las [Normas esenciales de salud ambiental en la atención de la salud](#). En los centros de atención de la salud se debe proporcionar agua potable, saneamiento adecuado e infraestructura y servicios de higiene.

En función de la evaluación de riesgos actual, la OMS recomienda no aplicar restricciones a los viajes ni al comercio con Rwanda en este momento. Para más información, pueden con-

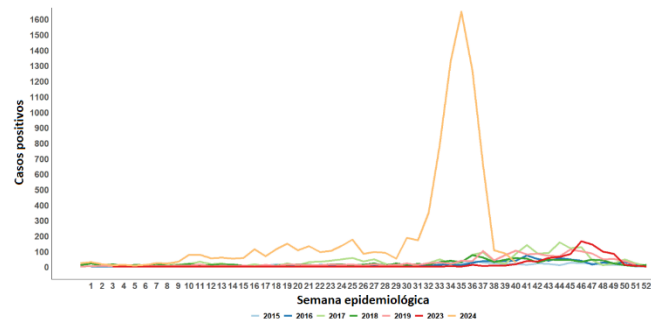
sultarse las recomendaciones de la OMS sobre el tráfico internacional en relación con el brote de enfermedad por el virus de Marburg en Rwanda.

La enfermedad por el virus de Marburg es una enfermedad muy virulenta que puede causar una enfermedad grave y es clínicamente similar a la enfermedad por el virus del Ébola. Estas dos enfermedades son causadas por orthoebolavirus y orthomarburgvirus, miembros de la familia Filoviridae (filovirus). Las personas se infectan después de la exposición prolongada a minas o cuevas habitadas por colonias de murciélagos frugívoros *Rousettus*, un tipo de murciélago frugívoro, que pueden transmitir el virus de Marburg. Este virus luego se propaga entre las personas a través del contacto directo (a través de la piel lesionada o las membranas mucosas) con la sangre, secreciones, órganos u otros fluidos corporales de las personas infectadas, y con superficies y materiales contaminados con estos fluidos (por ejemplo, ropa de cama, prendas de vestir). Los trabajadores de la salud se han infectado previamente mientras trataban a pacientes con enfermedad por el virus de Marburg sospechosa o confirmada. Las ceremonias funerarias que implican el contacto directo con el cuerpo del fallecido también pueden contribuir a la transmisión del virus de Marburg.

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

Hasta ahora se han notificado 17 brotes de enfermedad por el virus de Marburg en todo el mundo. Los más recientes se notificaron en Guinea Ecuatorial y Tanzania entre febrero y junio de 2023. Otros países que notificaron anteriormente brotes de la enfermedad en la región africana son Angola, Ghana, Guinea, Kenya, República Democrática del Congo, Sudáfrica y Uganda.

El Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (NICD) de Sudáfrica recibió una gran cantidad de muestras de casos con fiebre y exantema para su análisis, lo que evidenció un marcado aumento de casos de rubéola en todo el país. Se han identificado más de 8.700 casos positivos de IgM hasta la semana epidemiológica 40. Hasta la fecha, 98% de los casos (8.543/8.723) se han producido en niños menores de 15 años, y la mayor parte se ha registrado en el grupo de edad de 5 a 9 años.



Casos de rubéola confirmados por laboratorio, por semana epidemiológica. Sudáfrica. Años 2015/2024. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles de Sudáfrica.

Nota: Los datos de 2024 se incluyen solo hasta la semana epidemiológica 41. Los años 2020, 2021 y 2022 se excluyen debido a que el número total de casos confirmados por laboratorio durante estos años fue de 126, 20 y 25 casos, respectivamente.

El número de casos de 2024 supera el número de casos de rubéola identificados mediante la vigilancia de casos con fiebre y exantema desde 2015. Las provincias que más casos registran son Gauteng (2.326 casos), KwaZulu-Natal (1.568) y Western Cape (1.220). Las demoras en la adquisición de kits de prueba han provocado un retraso en la realización de pruebas de muestras.

Actualmente, se estima que hay unas 6.000 muestras pendientes de análisis, incluidas las de la semana epidemiológica 40 en adelante. Si bien se espera un aumento estacional de los casos de rubéola todos los años, que suele ocurrir entre septiembre y diciembre, el número de casos es mucho mayor en 2024 en comparación con los años anteriores.

Las causas

Las causas de la gran cantidad de casos de este año, en comparación con años anteriores, es que muchos niños entraron en 2024 sin exposición previa a la rubéola o sin estar vacunados contra la enfermedad. Tres factores han llevado a la gran cantidad de niños que entraron en 2024 sin inmunidad contra la rubéola:

- La inmunidad a la infección por rubéola o la vacunación contra la rubéola dura toda la vida. Si los niños no están vacunados contra la rubéola y nunca entran en contacto con el virus de la rubéola a través de una infección natural, seguirán siendo susceptibles a contraer la enfermedad.
- La vacunación contra la rubéola no formaba parte del programa de rutina antes de 2024. El Departamento de Salud está implementando actualmente la vacuna combinada que contiene sarampión y rubéola (triple viral), que se administrará a niños de 6 y 12 meses tan pronto como cada provincia agote su stock de vacuna con componente antisarampión.
- Las intervenciones no farmacéuticas que se aplicaron durante la pandemia de covid interrumpieron la transmisión de la rubéola, y durante el período 2020-2022 casi no se identificaron casos de rubéola a partir de la vigilancia de casos de fiebre y exantema del Departamento Nacional de Salud (NDoH).

Los tres hechos anteriores han provocado que los niños nacidos en los últimos 3 a 5 años y los niños de entre 5 y 14 años que no se infectaron antes de 2020 durante los brotes de rubéola estacional han tenido muy poca exposición natural al virus salvaje de la rubéola y no han recibido la vacuna contra esta enfermedad. Esto ha creado una “brecha de inmunidad”, es decir, un número mayor de lo habitual de niños susceptibles a la rubéola. El aumento estacional en 2024 expuso a estos numerosos niños susceptibles a la infección por rubéola y, por lo tanto, hay un mayor número de casos que en años anteriores.

Implicaciones clínicas del aumento de los casos de rubéola

En cuanto a los aspectos clínicos de la infección por rubéola, tanto en niños como en adultos, la rubéola es una infección autolimitada que se presenta con fiebre y erupción maculopapular, mialgia, linfadenopatía, dolor de cabeza y conjuntivitis. Ocasionalmente, las personas pueden presentar artralgia, trombocitopenia y una encefalitis leve. Las complicaciones suelen ser autolimitadas. Muy raramente, se han reportado casos de síndrome de Guillain-Barré después de una infección por rubéola. La rubéola es motivo de preocupación debido al riesgo de infección por rubéola en mujeres en edad fértil durante el primer trimestre del embarazo.

Sin embargo, la infección por rubéola conlleva el riesgo de desarrollar el síndrome de rubéola congénita. Las mujeres que están embarazadas en el primer trimestre y contraen rubéola pueden transmitir la infección al feto, quien puede desarrollar el síndrome de rubéola congénita.

Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

El 11 de noviembre de 2024, se sospechó que un niño de 9 años de edad, residente en el centro de recepción de refugiados de Nyumanzi, en el distrito de Adjumani, en la región norte de Uganda, estaba enfermo de cólera. El niño acudió al Centro de Salud III de Nyumanzi con debilidad corporal general y antecedentes de diarrea y vómitos profusos que habían comenzado unas horas antes del ingreso.

La evaluación clínica reveló que estaba deshidratado, con los ojos hundidos, un pellizco muy lento de la piel y letargo. El paciente tenía antecedentes de haber viajado desde Juba (Sudán del Sur) a Adjumani entre el 4 y el 6 de noviembre de 2024 y consumió alimentos, agua y zumos comprados durante el viaje. El 18 de noviembre, el Laboratorio Nacional Central de Salud Pública confirmó la presencia de *Vibrio cholerae* mediante cultivo.

El 16 de noviembre, un hombre de 25 años, amigo de la familia y contacto del niño de 9 años, se presentó en el mismo centro de salud en estado letárgico, con antecedentes de diarrea acuosa profusa y vómitos que habían comenzado unas horas antes del ingreso. El 19 de noviembre, dio positivo en la prueba de cólera mediante cultivo.

Al 20 de noviembre de 2024, se notificaron siete casos, incluidos dos confirmados, cuatro casos probables que dieron positivo en la prueba de diagnóstico rápido de cólera y que estaban a la espera de la confirmación mediante cultivo, y un caso sospechoso en el distrito de Adjumani. No se ha registrado ninguna muerte. Cinco de los siete casos se recuperaron y fueron dados de alta, mientras que dos fueron ingresados en la unidad de tratamiento del cólera establecida en el Centro de Salud III. Se registraron cuarenta y seis (46) contactos que recibieron quimioprofilaxis y, al 20 de noviembre, 20 (43,5 %) de estos contactos habían completado el período de seguimiento de siete días.

Acciones de salud pública

- El Equipo de Gestión de Salud del Distrito está coordinando las actividades de respuesta con el apoyo de los niveles central y regional y de los socios, entre ellos la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados, Medical Teams International, la Federación Luterana Mundial y World Vision.
- Se están elaborando y compartiendo informes diarios de la situación, y se está revisando el plan de respuesta al cólera antes de que el Grupo de Trabajo del Distrito pueda validarlo.
- Se está llevando a cabo una vigilancia activa, una investigación de casos y un rastreo de contactos en el centro de refugiados y en la comunidad.
- Se está reforzando la prevención y el control de infecciones, así como el agua, el saneamiento y la higiene, en el centro de refugiados y en la unidad de tratamiento del cólera del Centro de Salud III de Nyumanzi.
- Se está llevando a cabo la sensibilización de la comunidad a través de programas de radio con el apoyo de la Oficina del Primer Ministro.

- El equipo de logística está evaluando las reservas de suministros y equipos médicos en Adjumani.

Interpretación de la situación

La evolución de la situación del cólera en el centro de recepción de refugiados de Nyumanzi requiere atención y un seguimiento estrecho. Es necesario implementar y mantener intervenciones de salud pública eficaces para prevenir la propagación del cólera dentro y fuera de los asentamientos de refugiados. Estas intervenciones incluyen la detección activa de casos y el rastreo de contactos, la provisión de suministros médicos y el desarrollo de la capacidad del personal sanitario para la gestión adecuada de los casos, la mejora del agua, el saneamiento y la higiene, y la educación de la comunidad sobre la prevención y el tratamiento del cólera.

Yemen es el país con la mayor incidencia de cólera del mundo. El país ha experimentado una transmisión persistente de esta enfermedad durante muchos años, incluido el mayor brote registrado en su historia reciente (entre 2017 y 2020).

En 2024, hasta el 1 de diciembre, Yemen había notificado 249.900 casos sospechosos de cólera, con 861 muertes asociadas. Esto representa 35% de la carga mundial de cólera y 18% de la mortalidad notificada a nivel mundial.

El número de casos y muertes notificados en noviembre de 2024 es 37% y 27% mayor que en el mismo mes de 2023. El aumento de este año se debe en gran medida a los datos actualizados de Yemen, con ajustes realizados para tener en cuenta la información más detallada de todas las provincias.



“El brote de enfermedades transmitidas por el agua, como el cólera y la diarrea acuosa aguda, supone una carga adicional para un sistema de salud que ya está sobrecargado y se enfrenta a múltiples brotes de enfermedades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los actores humanitarios se encuentran bajo presión en sus esfuerzos por abordar las crecientes necesidades debido a la grave escasez de fondos”, dijo el Dr. Arturo Pesigan, representante de la OMS y jefe de misión en Yemen.

“La falta de acceso a agua potable, las malas prácticas de higiene comunitaria y el acceso limitado a un tratamiento oportuno obstaculizan aún más los esfuerzos para prevenir y controlar la enfermedad”.

Para combatir el cólera en Yemen se necesitan intervenciones urgentes e integrales que abarquen la coordinación, la vigilancia, la capacidad de laboratorio, la gestión de casos, las iniciativas de participación comunitaria, el agua, el saneamiento y la higiene (WASH) y la vacunación oral contra esta enfermedad. Se necesita financiación oportuna y suficiente para estas intervenciones. Además, las infraestructuras públicas de agua y saneamiento dañadas requieren una rehabilitación intensiva para evitar que se repita la devastadora situación que experimentó el país entre 2017 y 2020.

Según las proyecciones de incidencia realizadas en septiembre para el período que va de octubre de 2024 a marzo de 2025, la respuesta al cólera en Yemen enfrenta un déficit de financiación de 20 millones de dólares. Entre marzo y fines de noviembre de 2024, se cerraron 47 centros de tratamiento de la diarrea y 234 centros de rehidratación oral por falta de financiación. Se prevé que otros 17 centros de tratamiento de la diarrea y 39 centros de rehidratación oral se cierren para fines de 2024 (es decir, 84% de los centros de tratamiento de la diarrea y 62% de los centros de rehidratación oral) si no se proporciona financiación adicional a los socios de salud.

Desde que surgió el último brote de cólera en marzo de 2024, la OMS ha trabajado en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud Pública y Población y el Ministerio de Salud y Medio Ambiente a través del plan de respuesta multisectorial de la Organización de Naciones Unidas para gestionar el brote. La OMS apoyó más de 25.000 misiones de equipos de respuesta rápida para investigar alertas e iniciar medidas de control a nivel local; proporcionó reactivos y suministros de laboratorio para apoyar la confirmación de infecciones en 12 laboratorios centrales de salud pública; adquirió y distribuyó medicamentos esenciales, suministros médicos, WASH y suministros de prevención y control de infecciones a los centros de salud, incluidos los 18 centros de tratamiento de la diarrea que reciben apoyo de la OMS; capacitó a más de 800 trabajadores de la salud en la gestión de casos y apoyó al Ministerio de Salud Pública y Población con una campaña de vacunación oral contra el cólera que brindó protección a 3,2 millones de personas en 34 distritos de seis gobernaciones en Yemen.

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.