

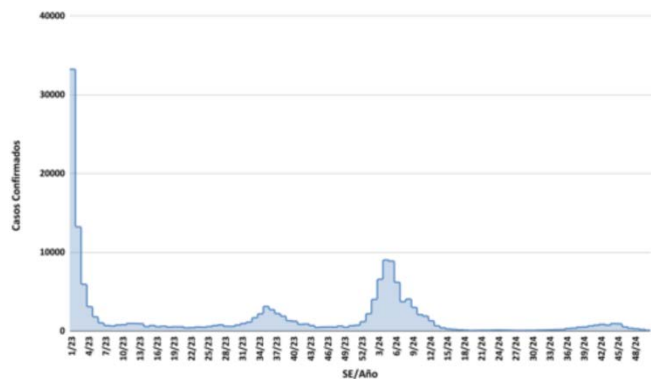
Si bien el número de casos confirmados de covid por semana epidemiológica (SE) durante el año 2023 y en lo que va de 2024 es menor en comparación con los de años previos, se observó un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 entre la SE 52 de 2023 y la SE 4 de 2024, con tendencia descendente de las notificaciones en las siguientes SE.

Desde la SE 29 de 2024 se registra un nuevo ascenso de las detecciones semanales, aunque los casos permanecen en niveles bajos, con un máximo de 961 casos notificados en la SE 44 y una tendencia descendente en las SE siguientes.

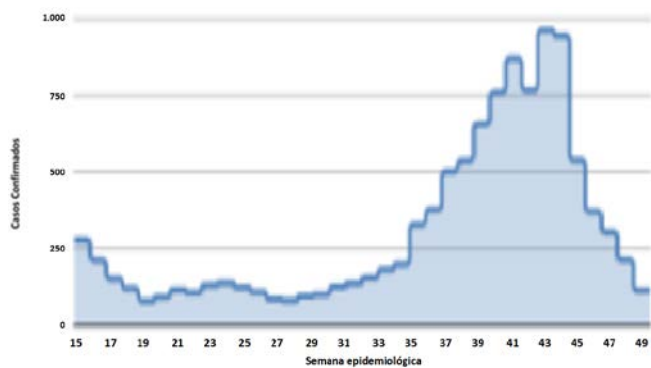
En las primeras semanas de 2024 se observó un ligero aumento en los fallecimientos, en concordancia con el ascenso de casos registrados, que alcanzó su máximo en la SE 5, y posteriormente presentó una tendencia descendente. En la SE 50 de 2024 se registraron seis fallecimientos con diagnóstico de covid.

Vigilancia en UMAs

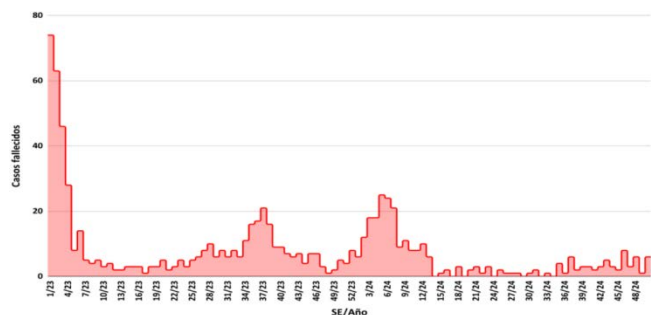
En 2024, hasta la SE 50, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron 21.626 muestras para SARS-CoV-2 mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), de las que 1.273 resultaron positivas. Esto representa un ascenso de 15,04% respecto de las muestras estudiadas en el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de 40,68% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 5,89%.



Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 50 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados. Argentina. Semanas epidemiológicas 15 a 50 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos fallecidos. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 50 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En 2024, hasta la SE 5, se observó un ascenso tanto en las muestras estudiadas como en las detecciones de SARS-CoV-2 en UMAs por técnica molecular, con un descenso posterior. Alrededor de 68% de los casos en UMAs de 2024 fueron detectados durante las primeras 12 SE del año. Desde la SE 13 y hasta la actualidad las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, aunque con un ligero ascenso de casos registrado a partir de la SE 34. En la SE 50 de 2024, se notificaron cinco casos positivos entre 80 muestras analizadas mediante PCR.

Las detecciones de SARS-CoV-2 se verificaron en todos los grupos etarios, con predominancia en los adultos y adultos mayores.

Vigilancia en personas internadas

En 2024, hasta la SE 50, en términos acumulados, se notificaron 6.368 casos de covid en personas internadas. Respecto del mismo periodo del año anterior, esto representa una disminución de casos de 12,74%.

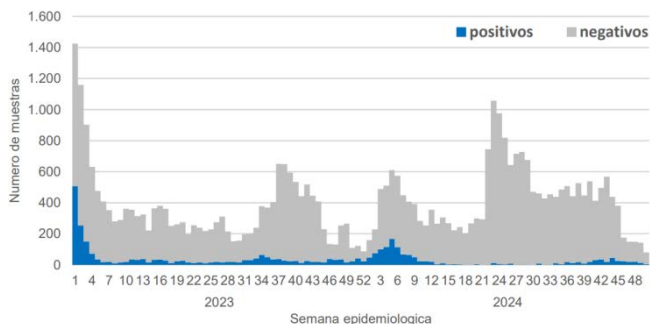
Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia ascendente entre la SE 52 de 2023 y la SE 5 de 2024, con un descenso sostenido posterior hasta la SE 12. En las primeras 12 SE de 2024 se concentró 55% de los casos registrados en lo que va del año. A partir de la SE 13 y hasta la SE 33, los casos detectados se mantuvieron por debajo de los 60 casos semanales, con un mínimo de 19 en la SE 17 y un máximo de 57 en la SE 33. Desde la SE 34 se observó un mayor número de detecciones respecto de lo registrado en las SE previas, alcanzando un máximo de 189 casos en la SE 42. A partir de la SE 43, se verifica un menor número de casos hospitalizados con este diagnóstico, con un promedio de 70 casos semanales en las últimas cinco SE analizadas, con 28 casos notificados en personas hospitalizadas en la SE 50.

En 2024, hasta la SE 50, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas se registraron en todos los grupos etarios, pero principalmente en adultos mayores, menores de 1 año y personas de 45 a 64 años.

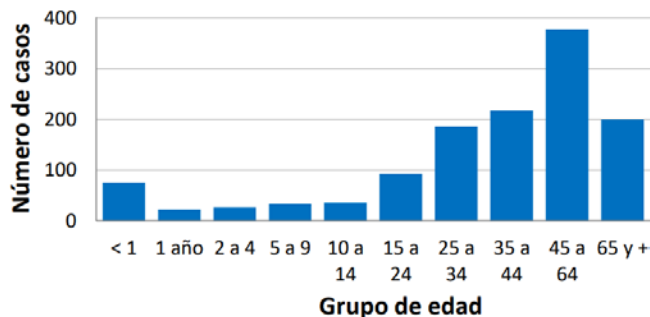
Variantes del SARS-CoV-2

En Argentina, la situación actual de las variantes del SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Omicron. En relación a los linajes de Omicron, se verifica un predominio de las variantes JN.1* y BA.2.86*.

Entre las SE 5 y 12 de 2024, se analizaron 351 muestras mediante secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en 276 muestras (78,63%), seguida de BA.2.86* en 36 muestras (10,26%) y JN.1.7 en 9 muestras (2,56%). (*Indica la inclusión de linajes descendientes).



Muestras positivas y negativas para SARS-CoV-2 en unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios, mediante reacción en cadena de la polimerasa. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 50 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos positivos en unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios, según grupos etarios. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 50 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En total, al 6 de noviembre de 2024 en Argentina se detectaron 568 casos de la variante JN.1* y 59 de la variante BA.2.86*. Además, se notificaron 22 detecciones de JN.1.7, dos de KP.3.1.1, una de KP.3, una de LB.1 y una de XEC.

Los casos fueron detectados a partir del trabajo conjunto de la Red Nacional de Virus Respiratorios, coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia de Virosis Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), la Red Federal de Genómica y Bioinformática y por el Laboratorio de Salud Pública, Área Genómica y Diagnóstico Molecular de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata.

La variante considerada de interés (VOI) por la Organización Mundial de la Salud es Omicron JN.1.

Las seis variantes consideradas bajo monitoreo (VUM) por la Organización Mundial de la Salud son:

- Omicron JN.1.18
- Omicron KP.2
- Omicron KP.3
- Omicron KP.3.1.1
- Omicron LB.1
- Omicron XEC.

Las altas tasas de encarcelamiento en América Latina –la región con la población carcelaria de más rápido crecimiento del mundo– están exacerbando la tuberculosis en una región que va a contracorriente de la tendencia mundial de disminución de los incidentes de la enfermedad, advirtieron los expertos.

Un reciente [estudio](#) estima que, contrariamente a suposiciones anteriores, el VIH/sida no es el principal factor de riesgo de tuberculosis en la región –como lo sigue siendo en África, por ejemplo– sino más bien los encarcelamientos.



En El Salvador, 44% de los casos de tuberculosis se dieron en prisiones, el peor escenario. El país tiene la tasa de encarcelamiento más alta de las seis naciones latinoamericanas estudiadas.

Mientras que la incidencia mundial de tuberculosis disminuyó 8,7% entre 2015 y 2022, [aumentó 19% en América Latina](#). Modelos matemáticos concluyeron que este aumento estaba vinculado al aumento exponencial del encarcelamiento en la región, superando a otros factores de riesgo tradicionales como el VIH/sida, el tabaquismo, el consumo de drogas y la desnutrición.

El trabajo se centra en seis países –Argentina, Brasil, Colombia, El Salvador, México y Perú– que, en conjunto, representan 79,7% de las notificaciones de tuberculosis de la región y [82,4% de su población carcelaria](#). Entre 1990 y 2019, la población carcelaria en estos países aumentó de 260.363 a 1.322.355 personas.

La principal conclusión del estudio es que, en esos países, cerca de un tercio de todos los casos de tuberculosis desde 1990 estuvieron asociados al encarcelamiento.

El peor escenario está en El Salvador, donde el estudio estimó que 44% de los casos de tuberculosis del país en 2019 ocurrieron en sus cárceles.

En ese momento, El Salvador ya tenía la tasa de encarcelamiento cada 100.000 habitantes más alta entre los seis países. Después de que el presidente, Nayib Armando Bukele Ortez, implementara su polémico estado de excepción para combatir las pandillas en 2022, [el encarcelamiento masivo aumentó aún más](#), lo que se proyecta que tendrá consecuencias catastróficas para la tuberculosis.

El ambiente en estas cárceles es muy propicio para la transmisión: las tasas de tuberculosis son 26 veces más altas entre las personas privadas de libertad que entre la población general. Las cárceles son espacios superpoblados, sin luz ni ventilación adecuada, con una población que ya presenta factores de riesgo individuales para la enfermedad, como el tabaquismo o la desnutrición.

El dramático aumento de los encarcelamientos en América Latina se deriva de una combinación de detenciones preventivas excesivas –particularmente en el contexto de la llamada “guerra contra las drogas”, que ha llevado al encarcelamiento de miles de delincuentes menores– y sentencias de mayor duración.

Todo esto es el resultado de respuestas bastante populistas a la delincuencia que no han logrado ningún resultado significativo en la reducción de las muy preocupantes tasas de homicidios y extorsión en la región. Por el contrario, el encarcelamiento masivo había fortalecido a las organizaciones criminales nacidas dentro de las cárceles, como el [Primer Comando Capital \(PCC\) de Brasil](#) y el [Tren de Aragua de Venezuela](#).

En países como Brasil, por ejemplo, no existe la pena de muerte, por lo que aquellos que están presos eventualmente son liberados y, después de estar expuestos a la enfermedad dentro del sistema penitenciario, pueden convertirse en un vector de propagación de la tuberculosis en el exterior.

El estudio proyectó que si las tasas de encarcelamiento se hubieran mantenido estables desde 1990, los seis países habrían tenido al menos 34.393 casos menos solo en 2019, lo que representó 27,2% del total de casos de ese año.

Si se produjera una reducción gradual de 50% en el ingreso de prisioneros y en la duración de las sentencias para 2034, la incidencia de tuberculosis entre la población disminuiría en 10% en la mayoría de los países.

En el caso de El Salvador, incluso si el país detuviera el estado de emergencia de inmediato, recién volvería a los niveles de la enfermedad previos a Bukele Ortiz en 2034. Luego, también necesitaría trabajar en una política de descarceramiento para recuperar, al menos en parte, una década de oportunidad perdida para el progreso de la tuberculosis.

Una manera de lograr esto sería que las fuerzas de seguridad se centren en un enfoque más estratégico dirigido a los líderes de las facciones criminales, y que los legisladores y el poder judicial trabajen en sentencias alternativas para aquellos que no estén involucrados en delitos violentos.

Reducir el número de personas encarceladas es una de las soluciones, pero mientras tanto, también es necesario proporcionar condiciones más humanas y menos degradantes en las instalaciones penitenciarias.

En general, los casos de tuberculosis no se denuncian en los centros penitenciarios porque rara vez se realizan pruebas diagnósticas. Los servicios de salud simplemente no llegan a estas poblaciones.

El Ministerio de Salud de Brasil actualizó los lineamientos para la vigilancia y control de la [fiebre de Oropouche](#) en el país en una nota técnica publicada esta semana. La medida refuerza las acciones de seguimiento de [arbovirosis](#), según el plan presentado en septiembre.



En la nota, el Ministerio de Salud actualiza el contexto epidemiológico nacional, incluyendo la confirmación de defunciones, orienta la vigilancia respecto de la investigación de muertes sospechosas, sugiere una definición de caso para asistencia y vigilancia y refuerza el contenido de otra documentación sobre el tema, como la transmisión vertical y la investigación entomoviroológica.

La directriz del Ministerio también destaca la importancia de la investigación epidemiológica para identificar los sitios de infección y caracterizar el insecto transmisor del virus de Oropouche, que causa esta enfermedad de declaración obligatoria en Brasil por su potencial epidémico, y refuerza la importancia de investigar las muertes relacionadas con la enfermedad.

Escenario epidemiológico

Desde 2023, Brasil registró un aumento en el número de casos de fiebre de Oropouche, con 11.600 casos confirmados hasta la semana epidemiológica 50 de 2024, y se identificó transmisión en 22 estados, excepto: Rio Grande do Norte, Goiás, Distrito Federal, Paraná y Rio Grande do Sul, que sólo registraron casos importados.

Hasta la fecha se han confirmado cuatro muertes asociadas al virus y otras cuatro permanecen bajo investigación. También se confirmaron cinco casos de transmisión vertical, de los cuales cuatro fueron muertes fetales y uno por anomalía congénita. Aún se investigan 24 casos de transmisión vertical, de los cuales 20 fueron muertes fetales y cuatro anomalías congénitas.

La secretaria de [Vigilancia en Salud y Ambiente](#), Ethel Leonor Noia Maciel, destacó la situación en Espírito Santo, que en las últimas cuatro semanas representó 98,7% de los casos de fiebre de Oropouche registrado en Brasil. “Espírito Santo adoptó una fuerte vigilancia, aumentando las pruebas de muestras negativas para [dengue](#), [fiebre zika](#) y [fiebre chikungunya](#), lo que permitió diagnósticos más precisos. Este enfoque sirve de modelo para otros estados, considerando que alrededor de 40% de los casos probables de arbovirosis en Brasil muestran resultados negativos para estas enfermedades, lo que indica la posible presencia de otros patógenos”, explicó.

Es importante resaltar que aunque otros municipios del estado de Espírito Santo han confirmado casos esporádicos, 96% de los casos registrados en las últimas cuatro semanas se concentran en cinco municipios.

Síntomas

La infección por el virus de Oropouche provoca síntomas como fiebre, dolor de cabeza intenso y prolongado, dolores musculares y articulares. También pueden producirse mareos, dolor ocular, escalofríos, fotofobia, náuseas y vómitos.

En casos más graves, pueden producirse hemorragias y problemas con el sistema nervioso. Los síntomas suelen durar de dos a siete días, pero en algunas personas pueden ser más intensos. Aunque algunos síntomas son similares a los del dengue, el tratamiento debe evaluarse caso por caso, ya que aún se debe conocer más la enfermedad.

Medidas de prevención y control

La prevención y el control son esenciales para minimizar el riesgo de exposición al virus de Oropouche, especialmente en áreas donde el vector está presente. Las principales recomendaciones de protección personal, gestión ambiental y precauciones adicionales, con enfoque en grupos vulnerables, como las mujeres embarazadas, son las siguientes:

- Usar pantalones, camisas de manga larga, medias y zapatos cerrados para cubrir las zonas expuestas del cuerpo.
- Evitar la exposición al vector, reduciendo el contacto con los jejenes (*Culicoides paraensis*), que son más activos al amanecer y al final de la tarde.
- Instalar mosquiteros de malla fina (inferior a 1,5 mm) en las ventanas y en camas para bloquear el paso del vector.
- Aunque no se ha demostrado su eficacia contra los jejenes, se recomienda el uso de repelentes para protegerse contra otros insectos, como los mosquitos *Culex* spp. y *Aedes aegypti*.
- La principal medida de control es mantener limpio el ambiente, evitando la acumulación de material orgánico, como hojas y frutos de plantas.
- Las mujeres embarazadas deben evitar actividades que impliquen riesgo de exposición al vector, como la limpieza de patios.

Seguimiento y capacitación

Desde principios de 2024, el Ministerio de Salud se dedicó a promover debates y acciones estratégicas sobre el [virus de Oropouche](#), con el objetivo de fortalecer la vigilancia, asistencia e investigación relacionadas con la enfermedad.

A través de una serie de eventos promovidos por el Ministerio de Salud y las secretarías de salud estatales, investigaciones de campo y publicaciones técnicas, el departamento busca concientizar a los profesionales de la salud y promover la actualización de protocolos de manejo y diagnóstico, con énfasis en la transmisión vertical y el monitoreo de casos en gestantes.

La Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de Ñuble confirmó el quinto caso de síndrome cardiopulmonar por hantavirus de este 2024 en la región. Se trata de una mujer de 35 años, residente en la comuna de Pinto, que comenzó a cursar sintomatología propia de la enfermedad como fiebre, cefalea, mialgia, dolor abdominal y disnea. Dada la condición de su cuadro, tuvo que ser derivada a la Región del Biobío.

En 2023, la Región de Ñuble registró siete casos de hantavirrosis, uno de los cuales fue fatal. En lo que va de 2024, se consignan cinco casos confirmados, con una mediana de edad de 46,5 años (rango de 29 a 57 años).



Ante este escenario y considerando las actuales condiciones climáticas, que favorecen la presencia de personas en zonas rurales y silvestres, la SEREMI de Salud lanzó la campaña de prevención para reducir los riesgos de contagio de esta enfermedad, transmitida por el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*), presente en este tipo de hábitats.

En ese contexto, la secretaria regional ministerial de Salud de Ñuble, Dra. Michelle de Arcas Orellana, junto a equipos de profesionales de la unidad de epidemiología así como también de zoonosis y control de vectores, realizaron una actividad educativa en la Terminal La Merced de Chillán, ocasión en la que se entregó material informativo y se evacuaron dudas de la comunidad respecto a la prevención y forma de contagio de la enfermedad.

“Durante el verano, muchas personas visitan sectores rurales, campings o riberas de ríos, exponiéndose al hábitat del ratón colilargo. Por eso, es fundamental adoptar medidas preventivas que reduzcan las probabilidades de contagio de esta enfermedad, que en 40% de los casos llega a ser mortal. Este año queremos reforzar en la comunidad que las personas consulten oportunamente si están cursando sintomatología asociada al virus y que además puedan expresarle al equipo clínico si estuvieron expuestas a conductas de riesgo pues eso permite una mejor respuesta ante complicaciones”, señaló de Arcas Orellana.

Si una persona presenta síntomas como fiebre, dolor de cabeza intenso, escalofríos, dolores musculares, y en algunos casos, náuseas, vómitos o diarrea, debe acudir inmediatamente al centro de salud más cercano, e informar al personal clínico sobre actividades recientes en áreas rurales o silvestres para facilitar un diagnóstico oportuno. Los síntomas pueden aparecer entre 7 y 45 días después de la exposición.

Las recomendaciones para prevenir la hantavirrosis son:

- Utilizar campings autorizados, en zonas abiertas, libres de matorrales, bien ventilados.
- Asegurarse de que las carpas tengan piso, cierres completos y estén libres de agujeros.
- Lavar los frutos silvestres antes de consumirlos.

- Guardar los alimentos en envases herméticos y no dejar utensilios o restos de comida al alcance de animales.
- Eliminar residuos orgánicos y evitar acumular desechos que puedan atraer roedores.
- Usar mascarilla y guantes antes de ingresar a recintos que hayan permanecido cerrados por un tiempo prolongado como bodegas, cabañas, casas de veraneo, refugios o galpones; limpiar idealmente con cloro y dejar ventilar por 30 minutos antes de volver a ingresar.

Este informe no aporta detalles sobre la situación ambiental en la que la mujer afectada probablemente adquirió la infección. Aunque no se especifica en el mismo, el hantavirus implicado en este caso es sin duda el virus Andes, endémico en Chile. La paciente probablemente entró en contacto con áreas habitadas por el reservorio roedor del virus.

El virus Andes rara vez se transmite directamente de persona a persona y sólo a través del contacto físico cercano, generalmente dentro de la familia.

Los funcionarios de salud están investigando un posible brote de norovirus después de que docenas de personas enfermaron tras consumir ostras crudas en el evento “Los 101 Mejores Restaurantes” de Los Ángeles Times.

El Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles confirmó que más de 80 personas que asistieron al evento anual, que cuenta con algunos de los restaurantes más famosos y populares de la zona, informaron haber enfermado con síntomas que incluían diarrea, náuseas, dolor abdominal y vómitos.



El Hollywood Palladium fue sede del evento Los 101 Mejores Restaurantes de Los Ángeles Times.

Las enfermedades parecen estar relacionadas con las ostras crudas proporcionadas en el evento del 3 de diciembre que desde entonces han sido retiradas del mercado, según un portavoz de salud pública.

Las decenas de casos que se denunciaron en el evento se produjeron apenas unos días antes de que el 13 de diciembre el Departamento de Salud Pública de California emitiera una advertencia para no consumir ostras crudas recolectadas en British Columbia. Desde entonces, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos emitió una advertencia a los restaurantes y minoristas para que no vendan las ostras debido a la posible contaminación por norovirus. La advertencia afectó a restaurantes y minoristas en varios estados, y la empresa que suministró las ostras emitió un retiro urgente, advirtiendo a los consumidores de no consumirlas.

Según Hillary Manning, portavoz de Los Angeles Times, las ostras fueron suministradas por Fanny Bay Oysters. “Fueron adquiridas por Santa Mónica Seafood, uno de los patrocinadores del evento, y suministradas a uno de los restaurantes que figuran en la lista de Los 101 Mejores Restaurantes”, dijo Manning.

Al igual que en eventos anteriores organizados por Los Angeles Times, Manning dijo que se siguieron todos los protocolos de seguridad para el evento.

“Hemos organizado eventos culinarios durante muchos años y nos tomamos muy en serio la seguridad alimentaria. Como es el caso de cada uno de nuestros eventos, tenemos protocolos establecidos y, según una inspección del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles, cumplíamos con todos los estándares de seguridad pertinentes. También conocemos el cuidado que cada chef y restaurante tiene al preparar y servir alimentos a nuestra comunidad”, declaró.

Sin pruebas específicas, no hay forma de que un vendedor o restaurante detecte el norovirus, porque no afecta el sabor, el olor ni la apariencia de las ostras.

El 11 de diciembre, el diario Los Ángeles Times fue el primero en enterarse de que algunas personas que participaron en el evento enfermaron. Los funcionarios de la empresa, que des-

conocían la causa, remitieron a las personas al Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles. El 12 de diciembre, el Departamento de Salud Pública se puso en contacto con Los Ángeles Times para informarles de que un grupo de personas había informado de que se habían enfermado.

Hubo personas que asistieron al evento que reportaron no ver ningún tipo de aviso o alerta por parte del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles.

Jamie Clegg, quien compró dos entradas para el evento, dijo que nunca vio un aviso en su correo electrónico.

“No recibí nada, a menos que sin querer haya ido a spam”, dijo.

Fue al evento con un amigo que trabaja para Los Ángeles Times, dijo, y esa persona recibió un correo electrónico de los funcionarios de salud del condado notificándoles sobre el grupo de enfermos y pidiéndoles que respondieran un cuestionario anónimo.

Las ostras servidas el 3 de diciembre eran parte de un lote de ostras Fanny Bay Select y Fanny Bay XS retiradas del mercado de Pacific Northwest Shellfish Co., que fueron envasadas el 25 de noviembre, dijo el portavoz de salud pública del condado.

El brote aún está bajo investigación.

Las personas infectadas por el virus pueden experimentar síntomas durante 12 a 48 horas, según la FDA.

Este brote de una enfermedad transmitida por alimentos en un evento de “Los 101 Mejores Restaurantes” en Los Ángeles es irónico.

El norovirus, inicialmente llamado virus Norwalk, fue uno de los muchos virus que recibieron el nombre del lugar en el que se aisló por primera vez el agente: en este caso, Norwalk, Ohio.

Los mariscos crudos son un vehículo común para la infección por norovirus, así como otras enfermedades bacterianas, virales y tóxicas.

El norovirus se puede transmitir por:

- consumir alimentos o líquidos contaminados con el norovirus;
- tocar superficies u objetos contaminados con el norovirus y luego llevarse los dedos a la boca; o
- tener contacto directo con alguien que esté infectado con norovirus, como por ejemplo al cuidarlo o compartir alimentos o utensilios para comer con él.

El primer signo de norovirus suele ser una sensación repentina de malestar, seguida de vómitos fuertes y diarrea acuosa. Algunas personas también pueden tener fiebre alta (más de 38°C), dolores de cabeza, calambres estomacales y dolor en las extremidades. Los síntomas suelen aparecer uno o dos días después de la exposición a la infección, pero pueden comenzar antes. La mayoría de las personas se recuperan por completo en unos pocos días. Aparte del riesgo de deshidratación, la enfermedad no suele ser peligrosa y no suele haber efectos duraderos a causa de la infección por norovirus.

Un [documento](#) informativo de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que la inscripción para todos los estudios clínicos de vacunas contra el virus sincicial respiratorio (VSR) en bebés está suspendida debido a las preocupaciones sobre los posibles hallazgos de seguridad de un ensayo clínico que involucra dos vacunas candidatas.

El documento reveló que un ensayo de fase 1 que evaluaba la seguridad, tolerabilidad e inmunogenicidad de dos vacunas candidatas contra el VSR de Moderna (ARNm-1365 y ARNm-1345) en bebés de 5 a 8 meses se suspendió en julio después de que se informaran cinco casos de infección respiratoria aguda baja (IRAB) grave a muy grave por VSR en bebés que recibieron una dosis de 15 microgramos (μg) de ARNm-1345 (tres casos) o una dosis de 15 μg de ARNm-1365 (dos casos), en comparación con un caso en el grupo placebo. Cinco de los seis bebés requirieron hospitalización, y uno necesitó ventilación mecánica.

El desequilibrio observado en los casos graves/muy graves de IRAB por el VSR en el programa de desarrollo de las vacunas ARNm-1345 y ARNm-1365 entre los receptores de 5 a menos de 8 meses de edad de ARNm-1345 (15 μg) y ARNm-1365 (15 μg) tiene implicaciones inciertas para el desarrollo pediátrico actual y futuro de otras vacunas contra el VSR atenuadas no vivas.

Moderna fue informada de la advertencia de seguridad y suspendió la inscripción de más participantes el 17 de julio y notificó a la FDA sobre la pausa en todo el estudio el 19 de julio. Luego, la FDA suspendió clínicamente el ensayo. El 12 de septiembre, Moderna anunció que el programa de VSR para niños seronegativos (aquellos sin anticuerpos detectables contra el VSR) menores de 2 años se incluyó en la lista de programas interrumpidos.

El ensayo también encontró que las respuestas inmunes a la vacuna en los bebés que recibieron mRNA-1345 y habían estado expuestos previamente al anticuerpo monoclonal nirsevimab estaban atenuadas en comparación con los que no habían recibido nirsevimab, lo que sugiere una posible interacción.

Comercializada bajo la marca mRESVIA®, la vacuna mRNA-1345 fue aprobada por la FDA en mayo para su uso en adultos de 60 años o más. Es una de las tres vacunas contra el VSR que han sido autorizadas para adultos y mujeres embarazadas en los últimos dos años. Moderna está llevando a cabo un ensayo de fase 1 de la vacuna mRNA-1365 como vacuna combinada contra el VSR y el metapneumovirus humano.

La necesidad de una vacuna pediátrica contra el VSR, que es la principal causa de hospitalización infantil en Estados Unidos, es evidente. Pero el documento informativo señala que no es la primera vez que el desarrollo de una vacuna pediátrica contra el VSR se ha estancado por preocupaciones de seguridad. En la década de 1960, la administración de una vacuna contra el VSR inactivada con formalina provocó la muerte de dos bebés por potenciación de la enfermedad respiratoria asociada a la vacuna (VAERD). Desde entonces, los estudios pediátricos de las vacunas contra el VSR se han llevado a cabo con cautela debido a las preocupaciones sobre el riesgo de VAERD.

La FDA informó que está convocando al Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC) para discutir las consideraciones sobre la seguridad de la vacuna contra el VSR en niños. El comité abordará la interpretación de los datos de seguridad del programa de desarrollo clínico pediátrico de ARNm-1345 y ARNm-1365 y las implicaciones de los hallazgos para el desarrollo futuro de vacunas pediátricas contra el VSR no vivas atenuadas, así como las interacciones entre los anticuerpos monoclonales contra el VSR y las vacunas contra el VSR.

El incidente de julio no fue la primera vez que el desarrollo de una vacuna pediátrica contra el virus sincial respiratorio (VSR) generó preocupaciones de seguridad. En la década de 1960, dos bebés murieron durante un ensayo de una vacuna contra el VSR y 80% fueron hospitalizados, después de que causara una potenciación de la enfermedad respiratoria asociada a la vacuna (VAERD). Eso proyectó una sombra de décadas sobre el desarrollo de la vacuna contra el VSR.

El mundo



Ministério
da Saúde

CABO VERDE

SUMAN MÁS DE 45.000 LOS CASOS
DE DENGUE EN LO QUE VA DEL AÑO

26/12/2024

En total, desde principios de año, las autoridades de Cabo Verde informaron un total de 45.283 casos de dengue –incluidos 18.279 confirmados– y ocho muertes hasta el 26 de diciembre de 2024. Esto incluye más de 8.000 casos notificados en el último mes.

En África, sólo Burkina Faso ha notificado más casos de dengue este año.

Se han notificado casos en las nueve islas de Cabo Verde. La isla de Santiago concentra más de 80% de los casos.

En el país circulan los serotipos DENV-1 y DENV-3. Actualmente, el serotipo DENV-1 es el predominante. El serotipo DENV-3 sigue circulando en la isla de Fogo.

Los repetidos ataques militares israelíes contra la población civil palestina durante los últimos 14 meses, el desmantelamiento del sistema sanitario y de otras infraestructuras esenciales, el asfixiante asedio y la denegación sistemática de ayuda humanitaria están destruyendo las condiciones de vida en Gaza, según el nuevo informe de Médicos Sin Fronteras (MSF), *Gaza: La vida en una trampa mortal*.

MSF ha pedido urgentemente a todas las partes, una vez más, un alto al fuego inmediato para salvar vidas y permitir el flujo de ayuda humanitaria. Israel debe poner fin a sus ataques selectivos e indiscriminados contra civiles, y sus aliados deben actuar sin demora para proteger la vida de los palestinos y respetar las normas de la guerra.

“Los habitantes de Gaza luchan por sobrevivir en condiciones apocalípticas, pero ningún lugar es seguro, nadie se salva y no hay salida de este enclave destrozado”, declaró Christopher Lockyear, secretario general de MSF, que visitó Gaza a principios de año.

“La reciente ofensiva militar en el norte es una cruda ilustración de la brutal guerra que las fuerzas israelíes están librando en Gaza, y estamos viendo claros signos de limpieza étnica a medida que los palestinos son desplazados por la fuerza, atrapados y bombardeados”, manifestó Lockyear. “Lo que nuestros equipos médicos han presenciado sobre el terreno a lo largo de este conflicto concuerda con las descripciones proporcionadas por un número cada vez mayor de expertos jurídicos y organizaciones que concluyen que en Gaza se está produciendo un genocidio. Aunque no tenemos autoridad legal para establecer la intencionalidad, los signos de limpieza étnica y la devastación en curso –incluyendo los asesinatos en masa, las graves lesiones físicas y mentales, los desplazamientos forzados y las imposibles condiciones de vida de la población palestina bajo el asedio y los bombardeos– son innegables”.

En respuesta a los terribles ataques perpetrados por Hamás y otros grupos armados en Israel el 7 de octubre de 2023 –en los que murieron 1.200 personas y 251 fueron tomadas como rehenes–, las fuerzas israelíes están aplastando a toda la población de Gaza. Según el Ministerio de Salud, la guerra total de Israel contra Gaza ha matado a más de 45.000 personas, entre ellas ocho trabajadores de MSF.

Es probable que el número de muertes en exceso relacionadas con la guerra sea mucho mayor debido a las consecuencias del colapso del sistema sanitario, los brotes de enfermedades y el acceso muy limitado a alimentos, agua y refugio. La Organización de Naciones Unidas estimó a principios de este año que más de 10.000 cadáveres permanecían enterrados bajo los escombros.

Las fuerzas israelíes han impedido en numerosas ocasiones la entrada en la Franja de artículos esenciales como alimentos, agua y suministros médicos, además de bloquear, denegar y



GAZA: LIFE IN A DEATH TRAP



retrasar la ayuda humanitaria, como se documenta en el informe. Alrededor de 1,9 millones de personas –el 90% de toda la población de la Franja– han sido desplazadas por la fuerza, muchas de ellas obligadas a desplazarse varias veces.

Menos de la mitad de los 36 hospitales de Gaza funcionan siquiera parcialmente y el sistema sanitario está en ruinas. Durante el periodo de un año cubierto por el informe – de octubre de 2023 a octubre de 2024–, sólo el personal de MSF ha soportado 41 ataques e incidentes violentos, incluyendo ataques aéreos, bombardeos e incursiones violentas

en instalaciones sanitarias; fuego directo contra los refugios y convoyes de la organización; y detención arbitraria de trabajadores de la ONG por parte de las fuerzas israelíes.

El personal médico y los pacientes de MSF se han visto obligados a evacuar hospitales y centros de salud en 17 ocasiones distintas, a menudo corriendo literalmente por sus vidas. Las partes beligerantes han llevado a cabo hostilidades cerca de instalaciones médicas, poniendo en peligro a pacientes, cuidadores y personal médico.

Mientras tanto, las lesiones físicas y mentales de los palestinos son abrumadoras, y las necesidades siguen creciendo. Los centros apoyados por MSF han realizado al menos 27.500 consultas por violencia y 7.500 intervenciones quirúrgicas. La gente sufre heridas de guerra y enfermedades crónicas, que empeoran cuando no pueden acceder a servicios de salud y medicamentos esenciales.

Los desplazamientos forzosos de Israel han empujado a la población a condiciones de vida insoportables y antihigiénicas, donde las enfermedades pueden propagarse rápidamente. Por ello, los equipos de MSF atienden a un gran número de personas con enfermedades de la piel, infecciones respiratorias y diarrea, que aumentarán con las temperaturas invernales.

Los niños no reciben las vacunas esenciales, lo que les hace vulnerables a enfermedades como el sarampión y la poliomielitis. MSF ha observado un aumento del número de casos de desnutrición, pero es imposible realizar un cribado completo de la desnutrición en Gaza debido a la inseguridad generalizada y a la falta de medidas adecuadas de desconflicción.

A medida que disminuyen las opciones de atención médica en Gaza, Israel ha dificultado aún más la evacuación médica de las personas. Entre el cierre del paso fronterizo de Rafah a principios de mayo de 2024 y septiembre de 2024, las autoridades israelíes sólo han autorizado la evacuación de 229 pacientes, lo que equivale a 1,6% de los que lo necesitaban en ese momento. Esto es una gota en el océano de necesidades.

La situación en el norte de Gaza es especialmente grave tras la reciente ofensiva militar israelí de tierra quemada, que ha despoblado amplias zonas y, según los informes, ha causado la muerte de casi 2.000 personas. La zona norte de la Franja, especialmente el campo de Yabalia, ha vuelto a ser asediada por las fuerzas israelíes desde el 6 de octubre de 2024. Las autoridades israelíes han reducido drásticamente la cantidad de ayuda esencial autorizada a entrar en el norte.

En octubre de 2024, la cantidad de suministros que llegaron a toda la Franja de Gaza alcanzó su punto más bajo desde la escalada de la guerra en octubre de 2023: un promedio diario de



Un trabajador de Médicos Sin Fronteras atiende a familias y niños en una sala de espera abarrotada en la clínica Al-Shaboura, en Rafah, al sur de Gaza, Palestina, el 16 de diciembre de 2023.

37 camiones humanitarios entró en octubre de 2024, muy por debajo de los 500 camiones humanitarios que entraban antes del 7 de octubre de 2023.

“Durante más de un año, nuestro personal médico en Gaza ha sido testigo de una campaña implacable de las fuerzas israelíes marcada por la destrucción masiva, la devastación y la deshumanización”, declaró Lockyear. “Los palestinos han sido asesinados en sus casas y en las camas de los hospitales. Han sido desplazados a la fuerza una y otra vez a zonas que no son seguras ni saludables.



Edificios destruidos en Jan Yunis, cerca del Hospital Nasser. Franja de Gaza, Palestina, marzo de 2024.

La gente no puede encontrar ni siquiera las necesidades más básicas como alimentos, agua potable, medicinas y jabón en medio de un asedio y un bloqueo castigadores”.

Médicos Sin Fronteras pidió a los Estados, en particular a los aliados más cercanos de Israel, que pongan fin a su apoyo incondicional a Israel y cumplan con su obligación de impedir el genocidio en Gaza. Hace casi un año, el 26 de enero, la Corte Internacional de Justicia ordenó a Israel que adoptara “medidas inmediatas y efectivas para permitir la prestación de los servicios básicos y la asistencia humanitaria que se necesitan urgentemente para hacer frente a las adversas condiciones de vida a las que se enfrentan los palestinos en la Franja de Gaza”.

Israel no ha tomado ninguna medida significativa para cumplir la orden judicial. En lugar de ello, las autoridades israelíes siguen impidiendo activamente que MSF y otras organizaciones humanitarias brinden asistencia vital a las personas atrapadas bajo el asedio y los bombardeos.

Los Estados deben aprovechar su influencia para aliviar el sufrimiento de la población y permitir un aumento masivo de la ayuda humanitaria en toda la Franja de Gaza. Como potencia ocupante, las autoridades israelíes son responsables de garantizar el suministro rápido, sin trabas y seguro de ayuda humanitaria al nivel suficiente para atender las necesidades de la población. En lugar de ello, el bloqueo israelí y la continua obstrucción de la ayuda han hecho casi imposible que la población de Gaza tenga acceso a bienes esenciales, como combustible, alimentos, agua y medicinas. Al mismo tiempo, Israel ha decidido prohibir efectivamente al Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA), que es el mayor proveedor de ayuda, asistencia sanitaria y otros servicios vitales para los palestinos.

Médicos Sin Fronteras reiteró su llamado a un alto al fuego inmediato y sostenido. La destrucción total de la vida palestina en Gaza debe terminar. MSF también pidió acceso inmediato y seguro al norte de Gaza para permitir la entrega de ayuda humanitaria y suministros médicos a los hospitales. Mientras MSF sigue brindando asistencia vital en el centro y el sur de Gaza, pide a Israel que ponga fin a su asedio en el territorio y abra las fronteras terrestres vitales, incluyendo el paso fronterizo de Rafah, para permitir un aumento masivo de la ayuda humanitaria y médica.

El informe señala que, aunque la ofensiva militar israelí sobre Gaza terminara hoy, sus repercusiones a largo plazo no tendrían precedentes, dada la magnitud de la destrucción y los extraordinarios retos que plantea la prestación de asistencia sanitaria en toda la Franja. Un número impactante de heridos de guerra corren riesgo de infección, amputación y discapacidad

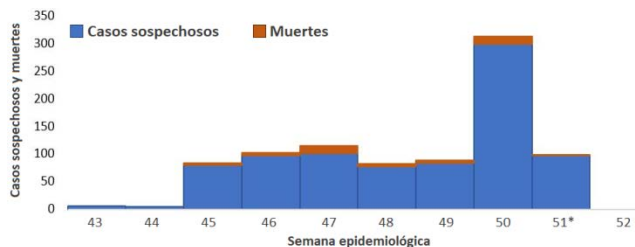
permanente, y muchos necesitarán años de cuidados de rehabilitación. El costo físico acumulado y el trauma mental causado por la violencia extrema, la pérdida de familiares y hogares, los repetidos desplazamientos forzados y las condiciones de vida inhumanas marcarán a generaciones.

Desde que se publicó el último informe sobre una enfermedad de causa desconocida en República Democrática del Congo, el 8 de diciembre de 2024, se han notificado 485 casos sospechosos adicionales y 17 muertes adicionales en 25 de las 30 áreas sanitarias de la zona sanitaria de Panzi, provincia de Kwango. Estos casos se identificaron como resultado de la vigilancia intensificada que se puso en marcha tras el informe de muertes en el contexto de enfermedad febril con síntomas respiratorios agudos y anemia, notificado por primera vez el 29 de noviembre. Si bien el número de casos notificados no se consideró particularmente inusual en un contexto de alta carga de neumonía, malaria e infecciones respiratorias agudas, en particular al comienzo de la temporada de lluvias, es el aumento en el número de muertes lo que activó la alerta el 29 de noviembre.

En ausencia de diagnóstico, se utilizó una definición amplia de caso de vigilancia, y los números de casos resultantes reflejan la detección de cualquier enfermedad febril que se haya producido en Panzi y, por tanto, representan una gama de enfermedades y síndromes clínicos. La definición de caso incluye: cualquier persona que haya vivido en la zona sanitaria de Panzi desde septiembre de 2024 hasta la fecha y que presente fiebre, tos, debilidad corporal, secreción nasal, con o sin uno de los siguientes síntomas y signos: escalofríos, dolor de cabeza, dificultad para respirar, desnutrición, dolores corporales. Esto se hizo para comprender mejor la epidemiología y las características de las muertes y para recopilar una variedad de muestras clínicas para realizar pruebas de laboratorio.

Entre el 24 de octubre y el 16 de diciembre de 2024, se registraron 48 muertes y un total de 891 casos en 25 de las 30 áreas sanitarias de la zona sanitaria de Panzi que cumplían la definición de caso. Los niños menores de cinco años se ven afectados de manera desproporcionada, ya que representan 47% de todos los casos y 54% de todas las muertes, mientras que representan alrededor de 18% de la población, lo que probablemente refleja la vulnerabilidad de los niños pequeños a las enfermedades graves y la muerte en este contexto. Los principales síntomas asociados con la muerte incluyen dificultad para respirar, anemia y signos de desnutrición aguda.

Se recogieron un total de 430 muestras, entre ellas muestras de sangre, hisopados orofaríngeos y nasofaríngeos, muestras de orina y leche materna, de casos sospechosos en la zona sanitaria de Panzi y se transportaron al laboratorio del Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB). De las 88 pruebas de diagnóstico rápido de malaria realizadas sobre el terreno, 55 (62%) fueron positivas. Además, de las 26 muestras analizadas mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) BioFire Global Fever Panel (que analiza 18 patógenos diferentes, incluidas algunas de las fiebres hemorrágicas virales), 17 muestras (65%) dieron positivo para *Plasmodium falciparum*. Además, se analizaron 89 muestras en el Laboratorio de Vigilancia de Enfermedades Respiratorias del INRB. De las 89 muestras, 64 fueron



Casos sospechosos y muertes notificadas de infección respiratoria aguda complicada con malaria entre el 24 de octubre y el 16 de diciembre de 2024 en la zona sanitaria de Panzi, provincia de Kwango, República Democrática del Congo. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

* Los datos de la semana epidemiológica 51 son provisionarios.

positivas para virus respiratorios comunes, incluidos influenza A (H1N1)pdm09 (25 muestras), rinovirus (18 muestras), SARS-CoV-2 (15 muestras), coronavirus humanos (tres muestras), virus parainfluenza (dos muestras) y adenovirus humano (una muestra).

Todavía se están realizando otras pruebas de laboratorio sobre las muestras recogidas, incluidos análisis virológicos y bacterianos. Las investigaciones en curso y los resultados preliminares de laboratorio sugieren que una combinación de infecciones respiratorias virales comunes y malaria por *P. falciparum*, agravadas por la desnutrición aguda, llevaron a un aumento de las infecciones graves y las muertes.

Se seguirá intensificando la vigilancia, junto con las actividades de respuesta. El número de casos sospechosos notificados semanalmente se ha mantenido estable, con la excepción de un aumento en la semana epidemiológica 50. Si bien esto puede reflejar en parte un aumento de la transmisión de virus respiratorios y malaria con la temporada de lluvias, se debe a un aumento de la vigilancia y la detección de casos tras el despliegue de los equipos de respuesta rápida. Cabe destacar que el aumento de casos no se corresponde con un aumento comparable de muertes.

Se notifican proporcionalmente más casos entre mujeres (58%, 514/889), en particular entre adultos (66% mujeres, 173/262). Si bien faltan datos para comprender mejor esta diferencia, es posible que se deba a patrones de contacto de transmisión del virus respiratorio dentro de los hogares, en particular una interacción cercana entre madres e hijos durante enfermedades respiratorias agudas.

En los últimos meses, la zona afectada ha experimentado un deterioro de la seguridad alimentaria, con un aumento de los niveles de desnutrición aguda. Entre julio y diciembre de 2024, que coincide con un descenso de la desnutrición aguda, la provincia de Kwango se encontraba en la Fase 3 (Grave) de Desnutrición Aguda de la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria (IPC). Entre enero y junio de 2025, se prevé un aumento de los casos de desnutrición en la provincia y un deterioro significativo de la situación nutricional, que pasará a la Fase 4 (Crítica) de la IPC. Entre julio de 2024 y junio de 2025, casi 4,5 millones de niños de 6 a 59 meses de la República Democrática del Congo se enfrentan o se prevé que se enfrenten a desnutrición aguda, incluidos aproximadamente 1,4 millones de casos de desnutrición aguda grave y 3,1 millones de casos de desnutrición aguda moderada. También se estima que 3,7 millones de mujeres embarazadas y lactantes se enfrentan o se prevé que se enfrenten a la desnutrición aguda durante el mismo período.

La desnutrición aguda grave es una enfermedad potencialmente mortal que requiere tratamiento médico. Además, la combinación de enfermedades y desnutrición empeora la situación. La zona tiene una baja cobertura de vacunación sistemática. También hay un acceso muy limitado a diagnósticos y tratamiento de casos de calidad, y falta de suministros y transporte, escasez de personal sanitario en la zona, así como barreras financieras y geográficas para acceder a la atención sanitaria. Se espera un aumento de la tendencia a la malaria con el inicio de la temporada de lluvias, sin embargo, las medidas de control de la malaria en la zona son muy limitadas. En conjunto, estos factores pueden aumentar la gravedad de la malaria y las infecciones respiratorias comunes.

En general, este evento destaca la grave carga que suponen las enfermedades infecciosas comunes (infecciones respiratorias agudas y malaria) en un contexto de poblaciones vulnerables que enfrentan inseguridad alimentaria y enfatiza la necesidad de fortalecer el acceso y la calidad de la atención de salud.

Respuesta de salud pública

• Liderazgo y coordinación

- Se están celebrando reuniones diarias de coordinación a nivel nacional, en las que los equipos provinciales participan activamente en la planificación y la respuesta en curso.
- El equipo nacional de respuesta rápida, integrado por expertos del Ministerio de Salud, la INRB y la Organización Mundial de la Salud (OMS) partió de Kinshasa el 7 de diciembre y llegó a Panzi el 10 de diciembre. Tras la partida del equipo, se ha desplegado un equipo conjunto de respuesta rápida del Ministerio de Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (África-CDC) con el apoyo de la OMS.

• Vigilancia

- Se ha desarrollado una definición de caso basada en los síntomas clínicos observados, que orienta los esfuerzos de vigilancia y notificación.
- Continúa la búsqueda activa de casos en los centros de salud y la comunidad.
- La recopilación de datos está en curso y se centra en la preparación de una lista en línea y un análisis epidemiológico detallado.
- Se están investigando las muertes en la comunidad para comprender mejor el contexto de las muertes y los factores de vulnerabilidad.
- La OMS está enviando un epidemiólogo superior y un gestor de datos para apoyar las actividades de vigilancia en curso y mejorar la recopilación de datos.

• Gestión de casos

- Se han desplegado en las zonas afectadas equipos de respuesta rápida provinciales y nacionales, entre ellos la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Médicos Sin Fronteras, que están reforzando la gestión de casos en los centros de salud y proporcionando suministros médicos, incluidos medicamentos. Los equipos llevaron medicamentos y equipo médico para apoyar la gestión de casos y evitar más muertes.
- Se están realizando esfuerzos para fortalecer la capacidad de los proveedores de atención médica para garantizar la mejor atención posible a los pacientes.
- Se están instalando seis concentradores de oxígeno en el Hospital General de Referencia de Panzi y en tres centros de salud de acceso abierto para apoyar la atención a los pacientes.

• Laboratorio

- Se transportaron equipos de laboratorio para recolectar muestras de los casos y enviarlas para su análisis al INRB en Kinshasa. Además, se proporcionaron pruebas rápidas de diagnóstico de malaria y covid para ayudar en el diagnóstico.
- Se han adquirido reactivos de laboratorio para seguir facilitando las pruebas en curso en el INRB.

• Comunicación de riesgos y participación comunitaria

- Se elaboraron mensajes clave para aumentar la conciencia pública y fomentar conductas preventivas generales. Estos mensajes se están difundiendo mediante la participación de la comunidad y se están llevando a cabo campañas de sensibilización.

- **Prevención y control de infecciones**

- Se están reforzando las medidas de prevención y control de infecciones. Se ha informado a los trabajadores de la salud sobre prácticas clave, como el uso adecuado de barbijo, el lavado de manos y los guantes, para reducir el riesgo de transmisión de patógenos respiratorios y de otro tipo.

- **Logística**

- Se está prestando apoyo logístico para una gestión eficaz de los casos, incluido el transporte de muestras a la INRB de Kinshasa para su análisis en laboratorio. Se están suministrando a los centros de salud y hospitales de las zonas sanitarias más afectadas medicamentos y kits de muestreo adecuados para apoyar la respuesta.
- Se han proporcionado botiquines médicos para la malaria, botiquines de prevención y control de la malaria, botiquines de transfusión de sangre, así como suministros médicos adicionales para apoyar los esfuerzos de tratamiento.
- Se está desplegando un kit de Internet móvil para abordar algunos de los problemas de telecomunicaciones en la zona sanitaria afectada.

Evaluación de riesgos de la OMS

Desde el 24 de octubre se han observado síntomas como fiebre, tos, dolor de cabeza y dolores corporales, principalmente a través de informes de personal sanitario, y se observó un aumento de muertes en la semana epidemiológica 47, que activó la señal. Desde que se informó de la alerta, no ha habido ningún aumento significativo en las muertes notificadas.

La información epidemiológica, junto con los primeros resultados de laboratorio, indican que se trata de un evento desencadenado por un aumento de los casos de virus respiratorios agudos asociados con la malaria, con el trasfondo de un empeoramiento de la situación nutricional en Panzi, que afecta desproporcionadamente a los niños pequeños. La Región de África de la OMS representa alrededor de 94% de todos los casos de malaria y 95% de las muertes a nivel mundial ([Informe Mundial sobre la Malaria 2024](#)). Los niños menores de cinco años representan alrededor de 76% de todas las muertes por malaria en la región. Más de la mitad de estas muertes ocurrieron en cuatro países: Nigeria (30,9%), República Democrática del Congo (11,3%), Níger (5,9%) y Tanzania (4,3%). Se está brindando apoyo para el diagnóstico de laboratorio y el fortalecimiento de la gestión de casos, incluido el tratamiento de los casos de malaria con la medicación adecuada.

En esta época del año, debido a la temporada de lluvias, se espera un aumento de los virus respiratorios comunes y de la malaria en Panzi, pero el aumento de las muertes fue lo que desencadenó la señal inicial. Desde mediados de octubre, se ha notificado un aumento de la actividad de la influenza y la covid en Kinshasa a través de los sitios centinela. Las estimaciones de la OMS y el UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización para 2023 muestran una cobertura de 60% en la tercera dosis de la vacuna triple bacteriana (difteria, tétanos y tos convulsa) y de 59% de la tercera dosis de la vacuna neumocócica conjugada; sin embargo, actualmente no hay datos disponibles para la zona sanitaria afectada, lo que genera incertidumbre sobre la inmunidad de la población derivada de la vacuna.

La clasificación de la seguridad alimentaria integrada en fases (IPC) para los niveles de inseguridad alimentaria aguda en la provincia de Kwango aumentó de IPC 1 (aceptable) en abril de 2024 a IPC 3 (nivel de crisis) en septiembre de 2024. Esto sugiere una fase significativa de aumento de la inseguridad alimentaria y el riesgo de desnutrición aguda grave. Además, la

clasificación de desnutrición aguda de la IPC clasifica actualmente a la zona sanitaria de Panzi como desnutrición aguda en fase 3 (grave) y se prevé que pase a fase 4 (crítica) a partir de enero de 2025.

Si bien se espera que la mortalidad por enfermedades infecciosas comunes aumente a medida que aumenta la transmisión, este evento destaca que la mortalidad por enfermedades infecciosas conocidas y esperadas puede ser alta en un contexto de vulnerabilidad y desnutrición, lo que enfatiza la necesidad de fortalecer el control de la malaria, la gestión clínica, mejorar el acceso a la atención y reducir la prevalencia de la desnutrición.

También se han identificado deficiencias en la gestión de casos. Con frecuencia se producen desabastecimientos de medicamentos para el tratamiento de enfermedades comunes y la atención no se brinda de forma gratuita, lo que podría limitar el acceso al tratamiento de las poblaciones vulnerables y aumentar la gravedad y la mortalidad de infecciones conocidas y tratables.

La lejanía de la zona afectada y las barreras logísticas, como el viaje por carretera de dos días o más desde Kinshasa debido a la temporada de lluvias que afecta a las carreteras y la cobertura limitada de la red de telecomunicaciones en las zonas sanitarias, han dificultado el rápido despliegue de los equipos y recursos de respuesta. Además, no hay ningún laboratorio en funcionamiento en la zona sanitaria ni en la provincia, por lo que es necesario recoger y enviar muestras a Kinshasa para su análisis. Esto ha retrasado el diagnóstico y puede seguir afectando a las actuales iniciativas de respuesta.

La inseguridad en la región añade otra capa de complejidad a la respuesta. La posibilidad de ataques por parte de grupos armados plantea un riesgo directo a los equipos de respuesta y a las comunidades, lo que podría perturbar aún más la respuesta.

Con base en lo expuesto, el nivel general de riesgo para la salud pública de las comunidades afectadas se evalúa como alto y requiere un enfoque integrado de salud pública para reducir la mortalidad por infecciones, mejorar el estado nutricional y fortalecer el control de la malaria, entre otros.

A nivel nacional, el riesgo se considera bajo debido a la naturaleza local del evento y a que está causado por una serie de enfermedades cuya gravedad se ve agravada por la vulnerabilidad de la población en el contexto local. Sin embargo, en muchas otras zonas de la República Democrática del Congo se están registrando niveles crecientes de desnutrición, y lo que se ha observado en Panzi también podría ocurrir en otras partes del país.

Por ello, es necesario seguir trabajando para evitar que se produzca una situación similar en otras zonas vulnerables del país. A nivel regional y mundial, el riesgo sigue siendo bajo en este momento.

Consejos de la OMS

Para reducir el impacto del evento en curso en la zona sanitaria de Panzi, la OMS recomienda las siguientes medidas:

- Para lograr una respuesta unificada es fundamental fortalecer los mecanismos de coordinación a todos los niveles (nacional, provincial, zonal y local). Se requiere una infraestructura de comunicaciones mejorada, como teléfonos satelitales, para superar la limitada cobertura de la red en las zonas afectadas.
- Mejorar las actividades de vigilancia es una prioridad para comprender mejor las tendencias de la enfermedad y la mortalidad. Las búsquedas activas de casos deben continuar tan-

to en los centros de salud como en las comunidades, con especial atención en las zonas donde se notifican muertes y en las que hay conglomerados familiares. La vigilancia comunitaria debe fortalecerse para garantizar la detección temprana de casos y una respuesta rápida.

- Para comprender la situación, será necesario caracterizar cuidadosamente el síndrome clínico y sus resultados, y mejorar la definición de los casos a partir de la información recopilada. En particular, se deben recopilar datos que aclaren la posibilidad de coinfección y patologías múltiples, así como las incertidumbres en los resultados entre los grupos vulnerables. La OMS ha establecido la Plataforma Clínica Mundial para proporcionar un análisis rápido de datos estructurados utilizando registros de casos anónimos; se recomienda su uso para la captura detallada de síndromes y resultados de los pacientes.
- Para gestionar eficazmente los casos es necesario garantizar un suministro adecuado de medicamentos esenciales, acceso a oxigenoterapia y formación de los trabajadores sanitarios, incluidos los cuidados básicos de urgencia y críticos, para apoyar el tratamiento y evitar más muertes. Se deben distribuir pruebas rápidas de diagnóstico de la malaria para facilitar el diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato. El fortalecimiento de la capacidad de laboratorio a largo plazo y la descentralización serán importantes para proporcionar capacidad de diagnóstico en la zona sanitaria afectada y detectar la causa de las muertes de forma temprana.
- Es necesario reforzar las medidas de prevención y control de infecciones en todos los centros de salud. Los trabajadores de la salud deben recibir capacitación sobre las mejores prácticas, incluido el uso adecuado de equipos de protección personal, como barbijos y guantes, así como estrictos protocolos de higiene de manos. Estas medidas reducirán los riesgos de transmisión dentro de los centros de salud y mejorarán la seguridad de la prestación de servicios de salud.
- El papel y el valor añadido del sector de la salud durante las crisis alimentarias son cruciales para prevenir, reducir y revertir la relación causal entre la mala nutrición, la enfermedad y la muerte, antes, durante y después del inicio de una grave escasez de alimentos. Dado que las necesidades y las vulnerabilidades durante las crisis alimentarias son complejas, están interrelacionadas y son multidimensionales, se debe intensificar la coordinación y la colaboración intersectoriales, especialmente entre los grupos de salud, nutrición, agua, saneamiento e higiene (WASH) y seguridad alimentaria, como parte de la respuesta humanitaria general. Se debe fortalecer la recopilación y el análisis de datos para fundamentar la respuesta general.
- La comunicación de riesgos y la participación de la comunidad son esenciales para aumentar la conciencia pública. Se deben difundir mensajes específicos para educar al público sobre los síntomas de las enfermedades respiratorias, las medidas preventivas y la importancia de buscar atención médica de manera temprana. Se debe involucrar a los líderes comunitarios para generar confianza y alentar el cumplimiento de las pautas de salud pública. Abordar la desinformación y los temores dentro de la comunidad es fundamental para garantizar una colaboración eficaz en la respuesta.
- También es necesario prestar atención a los desafíos logísticos y de seguridad. El fortalecimiento del apoyo logístico para el despliegue de equipos y suministros garantizará el acceso oportuno a las zonas afectadas. Se deben elaborar planes de contingencia para hacer frente a la posible inseguridad que plantean los grupos armados, salvaguardar al personal de respuesta y mantener la continuidad de las actividades de respuesta.

La enfermedad de Chagas, causada por el parásito *Trypanosoma cruzi*, afecta a entre 7 y 8 millones de personas en todo el mundo, principalmente en América Latina. El parásito puede transmitirse por insectos triatomínicos, a través de los alimentos, transfusiones de sangre y donaciones de órganos, así como de madre a hijo durante el embarazo y el parto. La enfermedad de Chagas está clasificada como una enfermedad tropical desatendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Entre 2.000 y 4.000 personas afectadas en Suiza

Una reciente [revisión](#) arroja luz sobre la prevalencia, los desafíos y el manejo de la enfermedad de Chagas. El estudio encontró que entre 2.000 y 4.000 personas se ven afectadas por esta enfermedad tropical. Si bien la mayoría de los casos se deben a la migración, el estudio también muestra que la enfermedad de Chagas puede transmitirse en Suiza a través de la transmisión de madre a hijo durante el embarazo y el parto. El vector, el insecto triatómico, no está presente en Europa.

Uno de los principales problemas de la enfermedad de Chagas es que a menudo se infradiagnostica, en particular en las regiones no endémicas. De hecho, muchos casos permanecen sin diagnosticar o detectar durante años, lo que puede provocar complicaciones cardíacas o digestivas graves si no se tratan. Factores como la conciencia limitada entre los profesionales de la salud, la ausencia de programas de detección a nivel nacional y las barreras al acceso a la atención médica, especialmente para los inmigrantes indocumentados, contribuyen a este infradiagnóstico.

Establecimiento de la Red Suiza de Chagas

Para abordar estos problemas, el equipo de estudio estableció la Red Suiza de Chagas para eliminar esta enfermedad como un problema de salud pública a través de medidas coordinadas. La red tiene como objetivo interrumpir la transmisión y proporcionar un tratamiento clínico adecuado a las personas que viven con la enfermedad de Chagas en Suiza.

Las prioridades clave incluyen la integración del cribado en la atención prenatal y pediátrica para la detección temprana y la prevención de la transmisión de madre a hijo durante el embarazo y el parto. En consonancia con las directrices internacionales, la Sociedad Suiza de Ginecología y Obstetricia publicó recientemente una carta de expertos sobre el cribado, la prevención y el tratamiento de la enfermedad de Chagas congénita.

La detección sistemática de los migrantes latinoamericanos, con especial atención a las mujeres en edad reproductiva, las embarazadas y los niños, es fundamental. Si se toman las medidas adecuadas, Suiza estará bien posicionada para alcanzar los objetivos de la hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas para 2030 y podría convertirse en un modelo a seguir para otros países. La hoja de ruta establece objetivos globales para prevenir, controlar, eliminar y erradicar diferentes enfermedades tropicales desatendidas para 2030.

El Departamento de Salud de B n Tre registró 83 casos de varicela en la empresa textil Alliance One en el parque industrial de Giao Long en los últimos dos meses, prediciendo el riesgo de que la propagación continúe.

El 26 de diciembre, el Departamento de Salud de la provincia de B n Tre dijo que el brote surgió del 6 de noviembre al 24 de diciembre, comenzando y concentrándose en el taller número 3 de la empresa Alliance One. La empresa cuenta con cuatro fábricas con más de 7.000 trabajadores. Actualmente, la empresa est  concediendo a los trabajadores licencia para recibir tratamiento médico y los instruye para que concurran a centros médicos para que se realicen los estudios pertinentes y evitar la propagación de la infección. Los trabajadores pueden regresar a la empresa después de que el médico diagnostique que est n libres de la enfermedad.

Representantes del Departamento de Salud dijeron que el patógeno se ha estado propagando desde hace mucho tiempo, y es probable que el número de casos continúe aumentando en los próximos días y se propague a otras empresas del parque industrial, así como a la comunidad. El Parque Industrial Giao Long tiene una superficie de más de 164 hectáreas, y alberga 36 proyectos, de los cuales 20 son de inversión extranjera, con más de 29.000 empleados.

El Centro Provincial de Control de Enfermedades de B n Tre mantiene un equipo de respuesta rápida para prevenir epidemias y brindar apoyo profesional a niveles de base, zonas industriales y conglomerados cuando hay un brote.

En los últimos años, algunas provincias y ciudades en Vietnam han registrado casos aislados de varicela. Los brotes suelen aparecer en escuelas, guarderías y zonas residenciales abarrotadas; los pacientes deben ser puestos en cuarentena para evitar la propagación.

La varicela es una enfermedad infecciosa aguda causada por el virus varicela-zóster. Las complicaciones más comunes son las infecciones bacterianas de la piel y los tejidos blandos en los niños y la neumonía en los adultos. La prevención más eficaz de la varicela es la vacunación.

Las personas con riesgo de contraer varicela grave incluyen:

- personas inmunodeprimidas sin evidencia de inmunidad a la varicela;
- mujeres embarazadas sin evidencia de inmunidad a la varicela;
- recién nacidos cuyas madres tuvieron varicela desde 5 días antes hasta 2 días después del parto;
- bebés prematuros expuestos a varicela o herpes zóster.

Una persona con varicela se considera contagiosa comenzando uno o dos días antes de la aparición de la erupción hasta que todas las lesiones de la varicela hayan formado costra. Las personas vacunadas pueden desarrollar lesiones que no formen costra. Estas personas se consideran contagiosas hasta que no hayan aparecido nuevas lesiones durante 24 horas.

Según estudios de transmisión entre miembros del hogar, aproximadamente 90% de los contactos cercanos susceptibles contraerán varicela después de la exposición a una persona enferma.

Aunque hay datos limitados disponibles para evaluar el riesgo de transmisión del virus varicela-zóster a partir del herpes zóster, un estudio de hogares encontró que el riesgo de transmisión del virus a partir del herpes zóster era aproximadamente de 20% del riesgo de transmisión de la varicela.

La varicela posvacunación también es contagiosa. Un estudio sobre la transmisión de la varicela en entornos domésticos determinó que las personas con varicela posvacunación leve (menos de 50 lesiones) que habían recibido una dosis de la vacuna contra la varicela eran un tercio de contagiosas que las personas no vacunadas con varicela. Sin embargo, las personas con varicela posvacunación con 50 o más lesiones eran igual de contagiosas que las personas no vacunadas con la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) registró 58.749 casos de cólera en el mes de noviembre, lo que supone un descenso de 2% respecto del mes anterior, y que se concentran en la región del Mediterráneo Oriental, seguido de África, el Sudeste Asiático, la región de las Américas y Europa, sin que se hayan notificado brotes en el Pacífico Occidental, y ya son 733.956 casos y 5.162 muertes desde principios de año, que se reparten en 33 países, según un reciente [informe](#).



Vacunación contra el cólera en Yemen.

A pesar de este descenso intermensual, se ha experimentado un incremento de 37% respecto de noviembre de 2023, aunque el organismo explicó que se debe sobre todo a la actualización de datos de Yemen, pues ahora se tiene en cuenta información más detallada de las regiones fuera de control del Gobierno reconocido internacionalmente en el país, que ha notificado un total de 245.776 casos y 861 muertes relacionadas entre el 1 de enero y el 24 de noviembre de 2024.

En noviembre, el número de muertes por cólera a nivel global ha sido de 538, un 9% más que el mes anterior, y 27% más comparado con el mismo periodo de 2023, todo ello influido por factores como los conflictos, los desplazamientos masivos, los desastres naturales y el cambio climático.

La OMS subrayó que, desde el último informe, se han registrado nuevos brotes en Camerún, Mozambique, Uganda y Zimbabwe, los que se han visto intensificados, especialmente en las zonas rurales y afectadas por inundaciones, donde la infraestructura deficiente y el acceso limitado a la atención médica retrasan el tratamiento. Cabe resaltar que, en lo que va del año, ya se han notificado 733.956 casos y 5.162 muertes.

Asimismo, el organismo destacó que la producción de vacunas orales contra el cólera ha alcanzado su nivel más alto desde 2013, impulsada por nuevas formulaciones y métodos de producción introducidos y precalificados este año, lo que permitió que las existencias promedio hayan aumentado a 3,5 millones de dosis en noviembre en comparación con las 600.000 en octubre, más cerca de los cinco millones de dosis necesarias para la reserva de emergencia en todo momento para una respuesta eficaz al brote.

Sin embargo, el aumento de la producción no ha satisfecho la creciente demanda mundial. Esta escasez persistente continúa obstaculizando los esfuerzos para controlar los brotes de cólera y responder rápidamente a la propagación de la enfermedad.

Desglose por regiones y países

La región del Mediterráneo Oriental acumuló en noviembre 48.056 casos y 344 muertes, destacando países como Yemen (21.082 casos y 71 muertes), Sudán (13.199 casos y 266 muertes), Afganistán (10.246 casos y siete muertes) y Pakistán (3.529 casos).

En África se registraron 10.144 nuevos diagnósticos de cólera y 190 fallecimientos en 14 países, encabezando la lista Tanzania (2.695 casos y 19 muertes), Ghana (2.233 casos) y Nigeria (2.039 casos y 99 muertes); aunque República Democrática del Congo no destaca por su número de casos este mes, es el país africano con más casos anuales (28.804) y ha tenido 20 muertes en noviembre.

En la región de las Américas destaca Haití, con 10.556 casos de cólera y 162 muertes a lo largo del año. El Sudeste Asiático notificó 449 casos en Myanmar (333) y Bangladesh (116), sin que se hayan notificado fallecidos.

La región Europea y la del Pacífico Occidental destacan por no haber registrado casos ni muertes a lo largo de noviembre, aunque Europa acumula 221 casos y un muerto desde principios de año, todos en el departamento francés de Mayotte.

La OMS explicó que los datos deben interpretarse con cautela debido a la posibilidad de que haya una falta de notificaciones o retrasos en las mismas, expresando que la diversidad de sistemas de vigilancia, definiciones de casos y capacidades de laboratorio entre los países significa que las estadísticas sobre casos de cólera y muertes no son directamente comparables.

El documento incluye entre los “casos de cólera” tanto los casos sospechosos como los confirmados, a menos que se especifique lo contrario para países específicos.

La sífilis apareció por primera vez en Europa en un campamento militar francés en 1494, un año después de que Cristóbal Colón regresara de su viaje a América. La enfermedad se propagó entre los soldados y sus parejas sexuales, causándoles llagas en los genitales, el recto o la boca. En solo cinco años, la sífilis se había extendido por toda Europa. Poco después, llegó hasta India, China y Japón. El sexo, aunque no es la única vía de transmisión, es un eficaz propagador de la enfermedad.



Antes de que existiera tratamiento, la sífilis desfiguraba la cara y el cuerpo de los afectados.

La llamada “hipótesis colombina” sostiene que la sífilis fue llevada a Europa por los marineros que regresaban de la colonización de los indígenas americanos. Un nuevo [estudio](#) da crédito a esta hipótesis.

Un análisis genético de cinco esqueletos hallados en Sudamérica permitió concluir que un precursor de la bacteria causante de la sífilis circulaba por América ya hace 8.000 años. Cuatro de los cinco esqueletos datan de antes de 1492, lo que significa que esta diversidad de patógenos ya estaba presente en las Américas en el momento del contacto colombino.

La sífilis se originó en América hace 8.000 años

Con el objetivo de probar la hipótesis, se realizó el análisis genético de las bacterias presentes en las lesiones óseas de los cinco esqueletos, procedentes de Chile, Argentina, Perú y México.

Las muestras incluían tres subespecies de la familia de bacterias treponémicas, responsables de diferentes enfermedades treponémicas. Una de las subespecies, *Treponema pallidum*, es la causante de la sífilis moderna.

Al comparar las diferencias genéticas de las subespecies treponémicas más antiguas con muestras de la sífilis moderna, se pudo valorar el tiempo que tardó la bacteria en evolucionar y estimar cuándo surgió el patógeno.

El análisis confirmaría que la bacteria *T. pallidum*, causante de la sífilis, surgió en torno a la época de Colón a partir de una precursora de 8.000 años de antigüedad. El estudio sugiere que la sífilis apareció en escena hace unos 500 o 600 años, en América o en Europa –o en cualquier otro lugar– a partir de una cepa introducida desde América.

¿Cómo se propagó la sífilis por el mundo?

El estudio aporta pruebas convincentes de que *T. pallidum* circulaba ampliamente por América antes de la llegada de Colón. Sin embargo, no prueba de forma concluyente que la sífilis llegara a Europa desde América.

Las Américas actuaron como un reservorio donde la bacteria causante de la sífilis circulaba ampliamente. Aun así, podría haber llegado a Europa desde otros lugares o haber estado ya allí.

Los orígenes exactos de la sífilis son difíciles de rastrear. Una de las hipótesis es que las enfermedades treponémicas siempre han existido y que se introdujeron en los humanos cuando estos emigraron de Asia a América, hace unos 12.000 años.

Otra teoría es la zoonótica, que afirma que los precursores de la sífilis saltaron de los animales a los humanos en América. Pero aún no se han encontrado pruebas de animales con enfermedades treponémicas.

Las cepas de sífilis resistentes a los antibióticos son un problema hoy en día. Sin tratamiento, la sífilis desfigura el cuerpo de las personas y causa parálisis, ceguera, ataques de dolor e incluso la muerte. El desarrollo de la penicilina en 1943 erradicó los peligrosos síntomas de la sífilis, aunque no la enfermedad en sí, que sigue vigente.

La transmisión sexual provoca más de 8 millones de nuevos casos cada año, mientras que la sífilis congénita causa alrededor de 200.000 mortinatos. Los casos aumentan en adultos jóvenes, algo que, según las investigaciones, podría estar relacionado con un aumento de las relaciones sexuales sin protección. También existen cepas de *T. pallidum* resistentes a los antibióticos, lo que significa que están reapareciendo infecciones de sífilis más mortales.

Por eso, estudios como este son importantes, sobre todo si se desea erradicar la enfermedad. El estudio demuestra que la sífilis tiene la capacidad de adaptarse a cualquier entorno. Plantea la cuestión de si existían antes otras enfermedades treponémicas y si podrían surgir en el futuro nuevas enfermedades más agresivas.

Transcurrido un lustro desde que se conocieran los primeros casos de covid, que desembocarían en la peor pandemia en un siglo, esa enfermedad ya no es vista como una amenaza, pero sigue matando y mantiene alerta a instituciones sanitarias como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En 2024, la agencia sanitaria recibió la notificación de 3 millones de casos globales, una cifra muy alejada de los 445 millones de 2022, el año con más contagios contabilizados.



Esos casos incluyeron este año unas 70.000 muertes, 50 veces menos que los 3,52 millones de fallecimientos de 2021, el año más letal en cifras oficiales.

El SARS-CoV-2 se ha transformado, gracias a las vacunaciones y a su evolución hacia variantes más contagiosas pero a la vez menos letales, en un patógeno comparable al de la influenza: una enfermedad que en la mayoría de los casos causa síntomas leves o moderados, aunque aún puede ser peligrosa en personas mayores y otros grupos vulnerables.

“No oímos ya hablar de la covid, pero el virus sigue circulando de forma extendida en todo el mundo. No hay mucha visibilidad sobre ello porque ya no hay tantos tests, la vigilancia se ha reducido”, valoró la experta de la OMS María DeJoseph Van Kerkhove, quien desde 2020 lidera la respuesta de la agencia a la enfermedad.

La OMS estimó, al analizar aguas residuales de diferentes países, que la circulación real del virus podría ser hasta 20 veces mayor de la calculada oficialmente; también le inquieta la persistencia del llamado “covid largo”, que según sus cálculos afecta a 6% de los casos graves tras su recuperación.

“Afecta a múltiples órganos que pueden ir desde el corazón a los pulmones, el cerebro, o puede tener incluso consecuencias en materia de salud mental”, analizó la experta.

Diciembre de 2019, cuando todo empezó

Los primeros casos de lo que luego se conocería como covid se identificaron en diciembre de 2019 en la ciudad central china de Wuhan, y fueron notificados a la OMS el 31 de ese mes.

El 5 de enero de 2020 la agencia publicó su primera alerta por lo que entonces denominó “neumonía de origen desconocido detectada en China”; el 30 de enero declaró la alerta internacional por ella, el 11 de febrero la bautizó como “covid”, y el 11 de marzo la declaró oficialmente una pandemia.

“Recuerdo la primera rueda de prensa que di sobre ello el 14 de enero, pensé que nunca iba a participar en otra”, rememoraba estos días Van Kerkhove, quien acabó protagonizando du-

rante tres años cientos de conferencias sobre el tema junto al jefe de emergencias de la OMS, Michael Joseph Ryan.

La OMS sigue recomendando a mayores de 65 años y otros grupos vulnerables que se vacunen periódicamente para evitar formas graves de la enfermedad que conlleven hospitalizaciones: actualmente la vacuna se basa principalmente en la subvariante JN.1, la más extendida actualmente y descendiente de la variante Omicron.

La agencia pide siempre que tiene oportunidad que no se olvide un virus que afectó a casi toda la población del planeta, bien por haberlo sufrido o por tener familiares que lo padecieron o incluso fallecieron a causa de él.

Que la historia no se repita

Busca, sobre todo, que el recuerdo impulse un tratado contra las pandemias, que negocia desde hace casi tres años, con el fin de preparar mejor a todos los países ante futuros patógenos con potencial pandémico, ya sean nuevos coronavirus, la temida influenza aviar (muy letal aunque aún no transmisible entre humanos) u otro desencadenante todavía desconocido, la hipotética “enfermedad X”.

Este año, la OMS fracasó en su objetivo de lograr que el tratado se firmara en su asamblea de junio, por lo que las negociaciones continúan, obstaculizadas sobre todo por la falta de consenso entre países en aspectos como la comercialización y distribución de vacunas, tratamientos y pruebas de diagnóstico en caso de pandemia.

“La gente quiere que la covid quede en el pasado, pretender que nunca ocurrió porque fue algo traumático, pero eso nos impide prepararnos para el futuro”, advirtió Van Kerkhove.

Las cifras oficiales de la OMS indican que desde fines de 2019 ha habido 777 millones de casos de covid y 7 millones de muertes por esta causa, aunque la propia agencia reconoce que la cifra de fallecidos puede ser hasta tres veces mayor y superar los 20 millones.

Ello la equipara en cifras absolutas a grandes pandemias de la historia como la de gripe de 1918 o incluso con la peste bubónica medieval, aunque eso sí, aquéllas afectaron a poblaciones globales mucho más pequeñas que la actual, por lo que su impacto demográfico relativo fue mucho mayor.

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.