ISSN 2796-7050

Reporte Epidemiológico de Córdoba

17 DE MARZO
2025
REC 2.916

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la mpox
- Las pruebas rápidas, un avance clave para el acceso al diagnóstico de la enfermedad de Chagas en los centros de salud
- Neuquén: Muerte por hantavirosis en San Carlos de Bariloche

AMÉRICA

- Canadá: Brote de enfermedad invasiva por estreptococo del grupo A en una prisión de Ontario
- Estados Unidos: El brote de sarampión en Texas pone contra las cuerdas a un sistema de salud raquítico
- Estados Unidos: Las infecciones por *Candida auris* en hospitales se duplican anualmente

EL MUNDO

- Angola: Suman 240 los muertos por una epidemia de cólera
- Arabia Saudí: Cuatro nuevos casos de síndrome respiratorio de Medio Oriente
- Europa: La región reportó en 2024 el mayor número de casos de sarampión en más de 25 años
- Kenya: La tuberculosis resurge mientras el recorte de fondos de Trump altera el tratamiento
- Palestina: La crisis del agua se agrava durante el Ramadán bajo el bloqueo israelí
- Rwanda: El origen del virus de Marburg: una mina de estaño y 10.000 murciélagos
- Sierra Leona: Situación epidemiológica de la mpox
- Tanzania: Declararon finalizado el brote de enfermedad por el virus de Marburg

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

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

ISSN 2796-7050

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina de Infectología
WWW.SADI.ORG.AR

Takeda
WWW.TAKEDAPRO.COM.AR/

Adherentes

SLAMVI Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero
Facultad de Ciencias Médicas
GEMICOMED seimc.org
Comité Nacional de Infectología SAP
UCC
Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

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

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

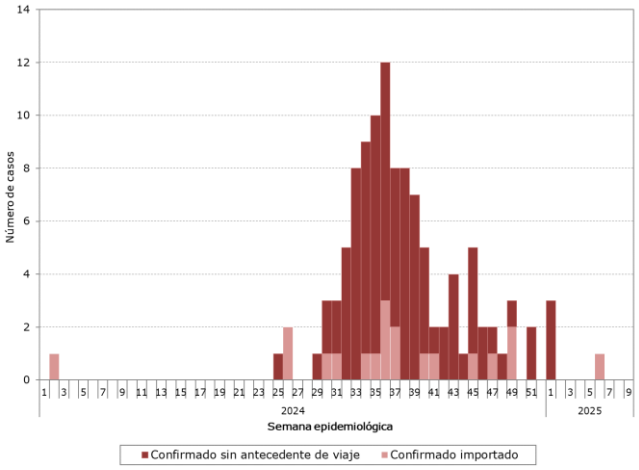
Argentina

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MPOX

10/03/2025

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



Casos confirmados de mpox según antecedente de viaje y semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 9 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n= 112).

Situación en Argentina

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 9, se notificaron 39 casos de mpox, de los cuales cinco fueron confirmados. No se detectaron casos confirmados en la última SE.

En 2024 fueron identificados 107 casos confirmados de mpox, de un total de 602 casos sospechosos notificados.

La curva epidémica de casos confirmados muestra un ascenso en el número de casos a partir de la SE 30, con el mayor número en la SE 36 (12 casos), luego de lo cual se observó un descenso sostenido, hasta registrarse un promedio de dos casos semanales desde la SE 41 en adelante.

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS) en 74 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

En Argentina, la enfermedad de Chagas sigue siendo una problemática de salud pública con un fuerte subdiagnóstico y caracterizada por la falta de acceso a herramientas efectivas en las zonas menos urbanas del país. Frente a esta situación, investigadores de la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM) y de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), en conjunto con el Instituto Nacional de Parasitología 'Dr. Mario Fatala Chabén', hospitales de la provincia de Buenos Aires y otras instituciones, llevan adelante un proyecto que busca validar pruebas de diagnóstico rápido para facilitar la detección en centros de atención primaria.

El trabajo, que tiene como uno de sus ejes centrales la mejora en el acceso al diagnóstico, busca ofrecer una alternativa más ágil y simple a las técnicas tradicionales. Actualmente los métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son las pruebas serológicas, como el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) y hemaglutinación indirecta, que requieren equipamiento especializado y personal capacitado. "En centros de salud alejados de las grandes ciudades, estas pruebas no siempre están disponibles y muchas veces las muestras deben enviarse a centros de referencia, lo que retrasa el diagnóstico", explicó Gabriela Levy, doctora en Ciencias Biológicas e investigadora de la UNLaM y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Con este escenario, el equipo de investigación comparó la sensibilidad y especificidad de las pruebas rápidas con los métodos tradicionales. Las pruebas de diagnóstico rápido son similares a los tests de embarazo: alcanza con una pequeña muestra de sangre obtenida con una lanceta en el dedo y, en sólo 15 a 20 minutos, un técnico puede interpretar el resultado. "Validar estas pruebas significa abrir la puerta a diagnósticos más accesibles y rápidos, especialmente en territorios donde la infraestructura de salud es limitada", agregó.

Del estudio participaron 50 pacientes mayores de edad, que fueron reclutados en el Hospital Interzonal General de Agudos 'Dr. Diego Paroissien', de La Matanza, y en el Hospital Zonal de Agudos 'Gobernador Domingo Alfredo Mercante', de José Clemente Paz, con el acompañamiento de la Universidad Nacional de José Clemente Paz (UNPAZ). "Es fundamental que trabajemos en red para poder ampliar los alcances del proyecto. La articulación entre universidades y hospitales permite generar un conocimiento más robusto y adaptado a las necesidades de cada territorio", destacó la investigadora.

La especialista hizo hincapié en que, al ser crónica, la enfermedad de Chagas suele estar invisibilizada. En la mayoría de los casos, los pacientes transitan la fase crónica sin síntomas evidentes, lo que dificulta la detección temprana. "A medida que el parásito entra en equilibrio con el sistema inmune, resulta difícil encontrarlo en sangre, por eso el diagnóstico serológico es clave", señaló.

Además de facilitar el acceso a la detección, este proyecto apunta a mejorar el seguimiento y tratamiento de las personas diagnosticadas. "Diagnosticar de forma temprana no solo permite iniciar un tratamiento oportuno, sino también reducir la transmisión de madre a hijo durante el embarazo. Esto es fundamental, porque los efectos adversos del tratamiento aumentan con la edad del paciente, lo que hace que muchos lo abandonen", explicó.

Una herramienta adaptada a las necesidades del territorio

Las pruebas de diagnóstico rápido representan un gran avance en la lucha contra la enfermedad de Chagas en Argentina, especialmente en comunidades rurales y centros de atención primaria. “Estas pruebas no requieren equipamiento complejo ni personal altamente especializado, lo que las convierte en una herramienta ideal para los equipos de salud que trabajan en el territorio”, destacó la investigadora.

El proyecto, que aún está en su fase de validación, busca reunir evidencia para que la OMS considere la posibilidad de incluir estas pruebas en el algoritmo de diagnóstico oficial. Mientras tanto, el equipo sigue reclutando pacientes y comparando los resultados con los métodos tradicionales, con el fin de presentar datos sólidos a nivel internacional.

Según la investigadora, “garantizar un diagnóstico accesible es también garantizar el derecho a la salud”. Estas pruebas no solo detectan la infección, sino que también permiten entender mejor la epidemiología local y ofrecer respuestas concretas a un problema que afecta a miles de personas en Argentina.

El 9 de marzo falleció a causa de una infección por hantavirus una mujer de 39 años que residía a unos 8 kilómetros del centro de la ciudad de San Carlos de Bariloche. El 7 de marzo presentó síntomas, y el día 9 realizó consulta médica, con un cuadro de enfermedad muy avanzado, que incluía fiebre mayor de 38,5°C, malestar general, distrés respiratorio, hepatomegalia, mialgia, edema pulmonar, infiltrado alveolar y presencia de derrame pleural. Fue hospitalizada en la unidad de terapia intensiva del Sanatorio San Carlos, donde falleció ese mismo día por shock con falla multiorgánica.

Las enfermedades causadas por hantavirus corresponden al grupo de las zoonosis emergentes, transmitidas al ser humano a través de la inhalación de aerosoles provenientes de secreciones de ciertos roedores. Sin embargo, en Argentina y Chile algunas variantes se han asociado a transmisión de persona a persona. El virus Andes fue el primero de este tipo identificado en el país.

Dado que el caso –que fue confirmado mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa en el Hospital Zonal 'Dr. Ramón José Carrillo' de San Carlos de Bariloche– correspondería al genotipo virus Andes, con antecedente de transmisión interhumana, se identificaron 23 personas como contactos estrechos, entre familiares, amigos y grupo de padres compañeros del jardín de infantes de la hija, a quienes se mantiene en aislamiento, con seguimiento clínico y de laboratorio.

En este marco, se está realizando el estudio epidemiológico para identificar el lugar posible de infección y realizar así las medidas de control y prevención en la zona.

El Ministerio de Salud de Argentina está reforzando el soporte y el acompañamiento técnico a la provincia de Río Negro y en San Carlos de Bariloche para las acciones de vigilancia epidemiológica y laboratorial.

Situación epidemiológica nacional

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 del año 2019 y la SE 5 del 2025 se notificaron 9.836 casos sospechosos de hantavirosis, de los cuales se confirmaron 467. En este periodo se registraron 69 casos fallecidos.

Las jurisdicciones que han notificado casos autóctonos corresponden a las regiones Noroeste Argentino (Salta, Jujuy y Tucumán); Noreste Argentino (Misiones, Chaco y Formosa); Centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos) y Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut). Hay casos notificados en otras jurisdicciones, los cuales son importados.

Respecto de la situación actual, la cantidad de casos a nivel nacional para el período comprendido entre la SE 25 de 2024 y la SE 5 de 2025 se encuentra dentro de los umbrales esperados, respecto de años previos.

Canadá

HALTONHILLSTODAY.ca

Brote de enfermedad invasiva por estreptococo del grupo A en una prisión de Ontario

07/03/2025

El Departamento de Salud Pública de Halton confirmó que cinco casos de enfermedad invasiva por estreptococo del grupo A (iGAS) y dos muertes se han relacionado con un brote en el Complejo Correccional Maplehurst en Milton, Ontario, que también ha estado lidiando con casos de influenza A.

"Estamos trabajando en estrecha colaboración con el centro y los socios provinciales para gestionar el brote y garantizar que se implementen las medidas adecuadas de prevención y control de infecciones", dijo el Departamento de Salud Pública en un comunicado el 7 de marzo.

Los centros penitenciarios como Maplehurst son entornos de alto riesgo para la propagación de enfermedades infecciosas debido a la cercanía de las habitaciones, el contacto frecuente entre personas, las instalaciones compartidas y los factores de salud subyacentes. Sin embargo, las autoridades afirmaron que se están implementando medidas de prevención y control de infecciones para reducir el riesgo para los reclusos y el personal.

Janet Laverty, copresidenta de relaciones con los empleados del Ministerio de Correccionales del Sindicato de Empleados del Servicio Público de Ontario (OPSEU/SEFPO), dijo en una declaración anterior que los miembros del sindicato se han visto afectados por los brotes.

"El ministerio informó a principios de esta semana que varias unidades están afectadas y que están trabajando con los funcionarios de Salud Pública de Halton y Salud Pública de Ontario para responder a los brotes", dijo Laverty.

"Nuestros miembros siguen trabajando en estas difíciles condiciones y también se han visto afectados por estos brotes", añadió. "Varios han requerido atención médica, y estamos trabajando para garantizar que se brinde el apoyo adecuado a quienes se han visto afectados".

El Departamento de Salud Pública de Halton señaló que el riesgo para la comunidad en general sigue siendo bajo, pero recomendó a los visitantes de Maplehurst que sigan las pautas de control de infecciones proporcionadas por la instalación.

El estreptococo del grupo A (GAS) es una bacteria que suele estar presentes en la garganta y sobre la piel. La mayoría de las infecciones por GAS producen enfermedades relativamente leves, como la faringitis estreptocócica y el impétigo. Sin embargo, en

ciertas ocasiones estas bacterias pueden provocar enfermedades mucho más graves y que pueden poner en peligro la vida. Además, las personas pueden portar GAS en la garganta o en la piel sin presentar síntoma alguno de la enfermedad.

Esta bacteria se contagia por contacto directo con secreciones nasales o de la garganta de personas infectadas o con lesiones cutáneas infectadas. El riesgo de contagio es mayor cuando la persona se encuentra enferma. Los portadores asintomáticos de la bacteria son mucho menos contagiosos. El tratamiento de una persona infectada con un antibiótico apropiado durante 24 horas o más, elimina la posibilidad de contagio. Sin embargo, es importante realizar el tratamiento completo con antibióticos tal como se indica. Artículos domésticos como platos, copas, juguetes, etc., no tienen mayor importancia en la transmisión de la enfermedad.

La enfermedad invasiva por GAS constituye una infección grave y en ocasiones incluso mortal, en la que las bacterias invaden distintas partes del cuerpo, como la sangre, los músculos profundos y el tejido graso o los pulmones. Las dos formas más graves, pero menos comunes, de la enfermedad invasiva por GAS son la fascitis necrotizante y el síndrome de shock tóxico estreptocócico (STSS), una infección de evolución rápida que produce hipotensión/shock y lesiones de órganos como los riñones, el hígado y los pulmones. Aproximadamente 20% de los pacientes que sufren fascitis necrotizante y 60% de las que padecen STSS, mueren. Sólo entre 10% y 15% de los pacientes que sufren otras formas de la enfermedad invasiva por GAS muere.

Cada año, se producen aproximadamente entre 10.000 y 15.000 casos de enfermedad invasiva por GAS en Estados Unidos, lo que se traduce en más de 2.000 muertes. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos calculan que se producen entre 500 y 1.500 casos de fascitis necrotizante y entre 2.000 y 3.000 casos de STSS anualmente. En contraste, anualmente existen varios millones de casos de faringitis estreptocócica e impétigo.

Las infecciones invasivas por GAS ocurren cuando la bacteria traspasa las defensas de la persona infectada. Esto puede ocurrir cuando una persona tiene llagas u otras heridas en la piel, que le permitan a la bacteria introducirse en el tejido. Las condiciones de salud que disminuyen la inmunidad de una persona a la infección también hacen que aumente la probabilidad de que se produzca la enfermedad invasiva. Además, existen ciertas variedades de GAS que pueden causar enfermedades más graves que las producidas por otras variedades. La razón por la cual ciertas variedades provocan enfermedades más graves no está del todo clara, pero puede guardar relación con la producción de toxinas que causan shock y daño a órganos y enzimas que provocan la destrucción de tejidos.

Pocas personas que entren en contacto con una variedad virulenta de GAS desarrollarán la enfermedad invasiva; la mayoría, en cambio, padecerá una infección cutánea o de garganta común y algunas pueden no presentar síntomas. Pese a que las personas sanas pueden contraer la enfermedad invasiva por GAS, la población de mayor riesgo está conformada por quienes padecen enfermedades crónicas, como cáncer, diabetes y diálisis renal, así como quienes utilizan medicamentos como esteroides. Asimismo, los cortes en la piel, como heridas quirúrgicas o varicela, pueden constituir una oportunidad para que la bacteria ingrese al cuerpo.

La GAS puede ser tratada con antibióticos comunes de muy bajo costo. La penicilina es el medicamento que se utiliza para casos leves y graves. En el caso de pacientes alérgicos a la penicilina que presenten casos leves, puede utilizarse la eritromicina, aunque se han registrado algunos casos de resistencia ocasional. También se puede utilizar la clindamicina para tratar a pacientes alérgicos a la penicilina afectados por un ataque más grave de la enfermedad; este medicamento también puede agregarse al tratamiento en casos de fascitis necrotizante o STSS. Existen otros antibióticos que también son efectivos. Además de los antibióticos, el cuidado en una unidad de terapia intensiva y en ciertos casos la cirugía, son necesarios para estas enfermedades. El tratamiento temprano puede disminuir el riesgo de muerte aun cuando ni siquiera la terapia apropiada logre evitar la muerte en todos los casos.

El riesgo de casos secundarios de enfermedad invasiva por GAS entre personas con contacto casual con un caso de esta enfermedad es muy bajo. Hay informes ocasionales de contactos estrechos, como con familiares, en los que se ha desarrollado la enfermedad con estado grave. En general, si los contactos domésticos cuentan con buena salud, se debe vigilar la aparición de síntomas de la infección por GAS, sin que sea necesario que reciban tratamiento preventivo con antibióticos. Sin embargo, se debe considerar la posibilidad de administrar antibióticos preventivos a las personas con mayor riesgo de contraer la enfermedad invasiva si resultan infectados y si se producen ciertas circunstancias (es decir, quienes padecen diabetes, cáncer, enfermedades cardiacas crónicas, alcoholismo, etc.).

El contagio de todos los tipos de infecciones estreptocócicas del grupo A puede disminuirse por medio de un buen lavado de manos, especialmente después de toser o estornudar, antes de preparar comidas y después de comer. Quienes sufren dolor de garganta deberían consultar a un médico que pueda realizarles exámenes para determinar si tienen faringitis estreptocócica. En caso afirmativo, la persona en cuestión no debe asistir al trabajo, al colegio o la guardería sino hasta después de 24 horas o más de haber tomado un antibiótico. Todas las heridas deben mantenerse limpias. Además, es necesario vigilar las heridas para detectar posibles síntomas de infección, entre los que se cuentan coloración roja en aumento, hinchazón y dolor en el sitio de la herida. Si estos síntomas se presentan, especialmente en personas que también presentan fiebre, deben consultar inmediatamente a un médico.

Los primeros signos y síntomas de la fascitis necrotizante incluyen fiebre, dolor agudo e inflamación y enrojecimiento de la zona de la herida. Los primeros síntomas del STSS pueden incluir fiebre, mareo, confusión, hipotensión, sarpullido y dolor abdominal.

El 25% de los condados de Texas no tienen un hospital: 64 de 254. Y en el oeste de Texas, un inacabable llano seco y poco poblado que se expande hacia el vecino New México, eso obliga a tener paciencia y a ser creativo en medio del mayor brote de sarampión –una enfermedad declarada erradicada en Estados Unidos en el año 2000– en 30 años. Sin salas de aislamiento de verdad, se han adecuado espacios independientes, en algunos casos en otros edificios municipales vacíos, para hacer pruebas. Y una vez hecha la prueba, hay que conducir docenas de kilómetros con ella para poder enviarla al laboratorio. Luego, esperar hasta dos días más para el resultado, periodo en el cual el posible contagiado podría estar propagando el virus. Mientras, los casos confirmados aumentan en un clima en el que la única respuesta comprobada efectiva, la vacuna triple viral, suscita profundas sospechas.

La última actualización oficial, del 11 de marzo, cifra los casos confirmados en más de 250 en todo el país, 223 de ellos en Texas, además de dos muertes, una de un menor texano y la otra de un adulto en New México. La gran mayoría de los contagios se han dado en el oeste del Estado, una zona principalmente rural dominada por la agricultura y los pozos petroleros, en la que las comunidades menonitas, generalmente recelosas de la medicina moderna, están siendo las más afectadas. De hecho, los médicos locales consideran que como muchos no se acercan a notificar un contagio, el número de casos es probablemente más alto. También se espera que los casos sigan aumentando, pues las tasas de vacunación están por debajo de lo necesario para alcanzar la inmunidad de rebaño en medio del auge del movimiento antivacunas. Ante este panorama, el sistema de salud público de una de las regiones más pobres del Estado con mayor porcentaje de personas sin seguro médico, en sí mismo mal financiado y con deficientes recursos materiales, se enfrenta al reto de luchar contra un virus extremadamente contagioso y la desinformación que lo está ayudando.

No es solo que muchos condados no tienen hospitales: 25 ni siquiera tienen un puesto de salud primario. Y en los lugares rurales donde sí los hay, en la mayoría de los casos están en edificios ruinosos, no tienen equipos y espacios modernos y no cuentan con personal adecuado, de acuerdo a varios reportes de los últimos años, tanto oficiales como de entes externos. Al mismo tiempo, Texas gasta miles de millones de dólares en un programa antimigratorio de dudosa efectividad y legalidad. Por ejemplo, en el Estado hay una deficiencia de pediatras, lo cual es un problema particularmente grave en medio de un brote histórico de sarampión, que afecta desproporcionadamente a los niños.

La situación está trayendo recuerdos recientes de la pandemia de covid. Tras años de inversión deficiente, el sistema de salud pública de Texas se vio sobrepasado, especialmente en las zonas rurales que están ahora en el ojo de la tormenta. De acuerdo a un análisis del *Austin American Statesman*, en los condados sin hospital la tasa de mortalidad por covid fue 20% más alta que en los que sí tenían hospital.

Pero el legado de la covid también está presente de otra manera: en la cada vez más común desconfianza a las vacunas. En el condado de Gaines, el epicentro del brote, la exención por conciencia de vacunación para menores de preescolar, padres que deciden no inocular a sus hijos, aumentó de alrededor de 7% hace una década, a 18% el año pasado. El Dr. Wendell Parkey,

director médico de la clínica familiar de Seminole, la principal ciudad de Gaines, lo expresó claramente: “Antes de la covid podía convencer a algunos. Ahora, olvídalo”.

La lucha se complica más cuando se tienen en cuenta las credenciales antivacunas del secretario de Salud en Washington, Robert Francis Kennedy Jr., y el altavoz del que dispone. En una entrevista sostuvo que la vacunación es una elección de los padres y recomendó efusivamente el aceite de hígado de bacalao y la vitamina A para luchar contra el sarampión. En cambio, los sistemas sanitarios de esta zona de Texas no cuentan con recursos para hacer una campaña efectiva para informar y educar al público.

Solo tras la muerte de un niño, la primera del brote, se intensificó el apoyo estatal y federal. La semana pasada se enviaron 27 contratistas a la zona para ayudar a los cuerpos de salud locales, según declaró la comisaria de servicios de salud del Estado, Jennifer Shuford, en una sesión legislativa. También se lanzó una campaña de concienciación pública con vallas publicitarias y mensajes en las redes sociales. Y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades federal envió “detectives de enfermedades” al oeste de Texas para averiguar el origen de los contagios, que sigue siendo un misterio.

Aun así, las dificultades logísticas propias de la zona, donde las grandes distancias son la norma, suponen un obstáculo agregado al de la lucha contra la desinformación. La mayoría de los condados dependen de uno de los 11 departamentos regionales de salud pública en los que se divide Texas, con presupuestos limitados y poco conocimiento de las comunidades locales. Las campañas focalizadas que pueden hacer suelen ser cortas, por los tiempos de desplazamiento, y relativamente poco concurridas, reflejo de la escasa densidad de población y los deficientes canales de comunicación con los residentes.

En todo caso, ahora cualquier medida es reactiva, lo cual no es ideal cuando la batalla es contra el sarampión: ya que es uno de los virus más contagiosos que se conocen y el brote ya está muy avanzado, contenerlo de manera efectiva es muy difícil. Por lo tanto, la estrategia actual de los oficiales locales, aunque no del secretario de Salud, es reforzar la importancia de las vacunas, que son efectivas incluso en personas ya contagiadas, y contrarrestar la desinformación sobre los remedios caseros.

Cinco años después de la irrupción de la pandemia de covid que sacudió al mundo entero, el brote de sarampión en Texas está volviendo a poner en evidencia cómo un sistema de salud deficiente deja muy vulnerable a las comunidades rurales de Texas. Gordon Mattimone, el director del Departamento de Salud del condado Andrews, no deja lugar a dudas sobre la situación en la que se encuentra: “Estamos en una zona de escasez de salud pública. Debemos ser creativos”.

LAS INFECCIONES POR *CANDIDA AURIS* EN HOSPITALES SE DUPLICAN ANUALMENTE

10/03/2025

El hongo *Candida auris* está atrayendo la atención de los profesionales de la salud en todo Estados Unidos debido a su rápida propagación y resistencia al tratamiento. Este hongo resistente a los medicamentos, identificado por primera vez en 2016, duplicó su prevalencia en Estados Unidos cada año desde su descubrimiento.

"Hemos tenido cuatro personas a la vez, de forma intermitente, durante los últimos meses, y en años anteriores, era inusual tener una o incluso dos personas con *C. auris* en nuestro hospital", dijo el Dr. Timothy Connelly, de Memorial Health en Savannah.

Según JoAnna Wagner, del Departamento de Salud Pública de Georgia, el estado había registrado más de 1.300 casos hasta fines de febrero. *C. auris* es particularmente peligroso en centros de salud, donde se propaga fácilmente a través de equipos médicos invasivos, como sondas de respiración, sondas de alimentación, jeringas o catéteres.

El hongo es resistente a muchos limpiadores domésticos y desinfectantes hospitalarios tradicionales, como las soluciones de limpieza a base de amoníaco.

"Muchos de los desinfectantes registrados por la Agencia de Protección Ambiental (EPA) de Estados Unidos y utilizados históricamente por los hospitales e instalaciones médicas no son eficaces contra *C. auris*", dijo Wagner.

Para combatir esto, los centros de salud en Georgia utilizan limpiadores certificados por la EPA, diseñados específicamente para eliminar el hongo. La EPA cuenta con una lista de soluciones de limpieza para diferentes enfermedades.

"*C. auris* es un tipo de hongo similar a *Candida albicans*, común en las infecciones por hongos", dijo Connelly. "La diferencia con *C. auris* es que es un hongo invasivo, y muchos de los medicamentos comunes que usamos, como Diflucan, no funcionan. Y los medicamentos de segunda línea, como Micafungin, en 10% de los casos, no funcionan".

C. auris es resistente a la mayoría de los antimicóticos, lo que dificulta enormemente su tratamiento.

Connelly describió la gravedad de la infección, comparándola con el cáncer. "El hongo seguirá creciendo, obstruyendo ciertas partes de los pulmones y puede causar neumonía secundaria. Con el tiempo, puede llegar a ser mortal", dijo.

Sin embargo, los expertos enfatizan que el hongo no representa una amenaza para la población general. "Si una persona desarrolla una infección en la sangre, es muy difícil de tratar", dijo Wagner. "Es importante destacar que *C. auris* no representa una amenaza para la población general".

"Tenemos protocolos muy estrictos en nuestro hospital para garantizar que, cuando veamos pacientes con *C. auris*, utilicemos todos los protocolos de limpieza adecuados para garantizar que nadie más se contagie", dijo Connelly.

Candida auris es un patógeno fúngico de reciente aparición que causa infecciones graves en centros sanitarios de todo el mundo. Una característica que distingue a *C. auris* de otros patógenos fúngicos es su alta capacidad para colonizar la piel, lo que provoca brotes generalizados en centros sanitarios mediante la transmisión de paciente a paciente. *C. auris* puede persistir en la piel o en

el entorno circundante durante largos periodos de tiempo y presenta mayor resistencia a los antifúngicos que otras especies de *Candida*. Estos factores plantean importantes obstáculos para la prevención y el tratamiento de la infección por *C. auris*. Informes recientes han identificado zonas cutáneas frecuentemente colonizadas, factores de riesgo para el desarrollo de infecciones invasivas y patrones de resistencia a los antifúngicos entre las cepas de *C. auris*, todo lo cual ayuda a orientar las opciones terapéuticas.

C. auris es un patógeno multirresistente a fármacos emergente a nivel mundial, que causa infecciones asociadas a la atención médica, con una alta mortalidad. *C. auris* tiene la capacidad de colonizar persistentemente las superficies ambientales, y las investigaciones epidemiológicas de brotes hospitalarios encuentran contaminación generalizada por *C. auris* (colchones, camas, alféizares de ventanas, sillas, bombas de infusión y mostradores) de las habitaciones de los pacientes y superficies que se tocan con frecuencia, como pantallas de computadora, paneles táctiles y teclados.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomiendan que las medidas de control de infecciones para *C. auris* en entornos de atención médica incluyan higiene de manos, precauciones basadas en la transmisión (aislamiento de pacientes en habitaciones individuales o alojamiento de personas con la misma infección multirresistente en la misma habitación), desinfección del entorno del paciente, comunicación con otras instalaciones cuando se transfieren pacientes, detección de contactos de pacientes y vigilancia prospectiva de laboratorio para identificar nuevos casos en instalaciones donde se ha detectado *C. auris*.

Los cultivos de cribado de pacientes en múltiples sitios (p. ej., axila, ingle, recto) en entornos de brotes nosocomiales suelen detectar colonización asintomática. Los pacientes con mayor riesgo incluyen contactos sanitarios cercanos de pacientes con infección o colonización por *C. auris*. Los pacientes colonizados o infectados con frecuencia tienen un contacto extenso previo con múltiples centros de atención médica, lo que destaca el valor de una comunicación cuidadosa y exhaustiva en los traslados entre centros de atención médica. A los pacientes con colonización por *C. auris* se les deben aplicar precauciones adecuadas basadas en la transmisión. Las investigaciones de las causas de los brotes hospitalarios con frecuencia encuentran fallas en el control de infecciones.

C. auris puede ser identificado erróneamente por los laboratorios y, a menudo, es resistente a múltiples medicamentos antimicóticos. Los aislamientos de *C. auris* suelen ser resistentes al fluconazol; sin embargo, los aislamientos resistentes al fluconazol pueden ocasionalmente responder a otros triazoles, como voriconazol y posaconazol. Muchos también son resistentes a la anfotericina B. Debido a que los aislados son menos comúnmente resistentes a las equinocandinas (caspofungina, anidulafungina y micafungina), las equinocandinas siguen siendo los fármacos empíricos de elección inicial para las infecciones causadas por este patógeno, pero *C. auris* puede volverse resistente a las equinocandinas con el tratamiento con estos fármacos.

El mundo

Angola

Suman 240 los muertos por una epidemia de cólera

12/03/2025

Hasta el 11 de marzo, se habían notificado 6.651 casos de cólera en Angola, con 240 fallecimientos (tasa de letalidad de 3,6%), desde que se declaró el brote el 7 de enero de 2025. Del total de casos, 3.702 fueron hombres y 2.949 mujeres. Del total de fallecimientos, 166 fueron hombres y 74 mujeres. Los menores de 15 años representan 39% del total de casos y 35% de todas las muertes.

Trece de las 21 provincias del país se han visto afectadas. La provincia de Luanda registró el mayor número de casos (3.477), seguida de Bengo (2.203).

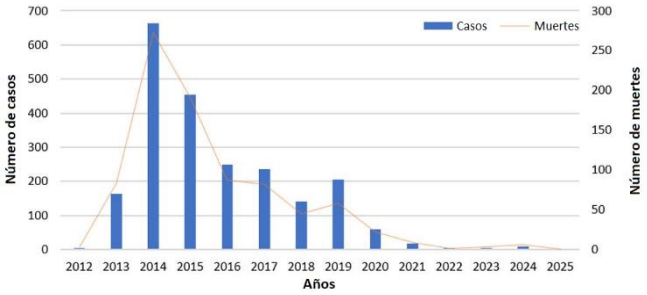
Controlar la propagación del cólera es el mayor reto y limita el impacto de las estrategias habituales, como la Intervención Dirigida a Casos por Áreas.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia observó una ligera disminución en el número de niños que reciben la vacunación de rutina, ya que el personal sanitario se ha desplegado en la respuesta al cólera.

Para mejorar la comunicación de riesgos y la participación comunitaria, se distribuyeron 30.000 carteles con mensajes sobre la prevención del cólera. Equipos multisectoriales de diferentes ministerios están apoyando la coordinación a nivel nacional y provincial.

El 12 de marzo, Angola recibió 2.000 dosis de vacunas contra el cólera, donadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África. En la ocasión, el secretario de Estado de Salud Pública, Carlos Alberto Pinto de Sousa, dijo que la donación fortalece la lucha contra la enfermedad y el intercambio con instituciones de salud regionales e internacionales.

Entre el 6 de septiembre de 2024 y el 28 de febrero de 2025, el Ministerio de Salud de Arabia Saudí notificó cuatro casos de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), dos de ellos mortales. El último caso se notificó el 4 de febrero de 2025. Los casos se notificaron en las provincias de Hail (2 casos), al-Riyad (1) y Ash-Sharqiyah (1). La confirmación de laboratorio de los casos se realizó mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) entre el 8 de noviembre de 2024 y el 4 de febrero de 2025.



Número de casos (n=2.209) y muertes (n=864) por síndrome respiratorio de Medio Oriente. Arabia Saudí. Años 2012/2025, hasta el 28 de febrero de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Todos los casos se relacionaron con hombres de entre 27 y 78 años, todos con comorbilidades. Ninguno era personal sanitario, y las investigaciones solo detectaron que uno tuvo contacto indirecto con dromedarios (huéspedes del MERS-CoV) y su leche sin pasteurizar.

Se identificaron dos casos en el mismo hospital, con inicio de síntomas en noviembre de 2024. El primer caso se confirmó el 11 de noviembre mediante prueba de RT-PCR, y el seguimiento de los contactos cercanos reveló un caso secundario que compartió la misma habitación y desarrolló síntomas posteriormente. Ninguno de los dos pacientes tuvo contacto directo o indirecto con dromedarios (*Camelus dromedarius*), ni siquiera consumo de su leche sin pasteurizar, en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

Desde el primer informe de síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) en Arabia Saudí en 2012, se han notificado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un total de 2.618 casos confirmados por laboratorio, con 945 muertes asociadas (tasa de mortalidad de 36%), en 27 países de las seis regiones de la OMS. La mayoría de los casos (2.209; 84%) se han notificado en Arabia Saudí, incluidos estos nuevos casos. Desde 2019, no se han notificado infecciones por MERS-CoV en países fuera de Medio Oriente.

Respuesta de salud pública

Aparte de los dos casos relacionados con centros de salud, el Ministerio de Salud no detectó ninguna infección secundaria adicional. Se implementó un triaje de enfermedades respiratorias en el hospital en cuestión para facilitar la detección temprana de pacientes con síntomas respiratorios. Además, se inició una capacitación integral de actualización sobre la definición de caso para todo el personal sanitario y asistencial con el fin de garantizar la detección temprana de casos.

Evaluación de riesgos de la OMS

La notificación de estos cuatro casos adicionales no modifica la evaluación general del riesgo. La OMS prevé que se notifiquen nuevos casos de infección por MERS-CoV en Medio Oriente y otros países donde el virus circula en dromedarios, y que se sigan exportando casos a otros países a través de personas expuestas al virus por contacto con dromedarios o sus productos

(consumo de leche sin pasteurizar), o en un entorno sanitario. La OMS continúa vigilando la situación epidemiológica y realiza evaluaciones de riesgos basadas en la información más reciente disponible.

Consejos de la OMS

Sobre la base de la situación actual y la información disponible, la OMS vuelve a destacar la importancia de que todos los Estados Miembros ejerzan una vigilancia estricta de las infecciones respiratorias agudas, incluido el MERS-CoV, y de que examinen e investiguen cuidadosamente cualquier patrón inusual.

La transmisión del MERS-CoV entre personas en centros de salud se ha asociado con retrasos en el reconocimiento de los primeros síntomas de la infección, demoras en el triaje de casos sospechosos y demoras en la implementación de medidas de prevención y control de infecciones (PCI). Las medidas de PCI son fundamentales para prevenir la posible propagación del MERS-CoV entre personas en centros de salud. El personal sanitario debe aplicar sistemáticamente las precauciones estándar, incluyendo la evaluación de riesgos ante cualquier nueva aparición de síntomas de infecciones respiratorias, con todos los pacientes y en cada interacción en centros de salud.

Precauciones de contacto y de gotitas, que incluyen la ubicación del paciente en habitaciones individuales con equipo de atención dedicado y el uso de equipo de protección personal (EPP) como bata limpia no estéril, guantes, protección ocular y una mascarilla médica bien ajustada, deben agregarse a las precauciones estándar cuando se brinda atención a pacientes de MERS. Las tasas de ventilación en las salas de atención al paciente deben ser iguales o superiores a 60 litros por segundo por paciente (o 6 cambios de aire por hora). Se deben aplicar precauciones de transmisión aérea cuando se realizan procedimientos que generan aerosoles o en entornos donde se realizan procedimientos que generan aerosoles, incluido el uso de salas de procedimientos con tasas de ventilación iguales o superiores a 160 litros por segundo (o 12 cambios de aire por hora). La identificación temprana, la gestión y el aislamiento de los casos, la cuarentena de los contactos, junto con las medidas apropiadas de PCI en los entornos de atención médica y la concienciación de la salud pública pueden prevenir la transmisión de persona a persona del MERS-CoV.

La infección por MERS-CoV parece causar una enfermedad más grave en personas con enfermedades crónicas subyacentes, como diabetes, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar crónica y en personas inmunodeprimidas. Por lo tanto, quienes padecen estas enfermedades subyacentes deben evitar el contacto cercano con animales, en particular con dromedarios, al visitar granjas, mercados o establos donde el virus pueda estar circulando. Se deben seguir las medidas generales de higiene, como lavarse las manos regularmente antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos.

Se deben observar las prácticas de higiene alimentaria. Se debe evitar beber leche de dromedario sin pasteurizar, el contacto con su orina o consumir carne de dromedario poco cocida. El consumo de productos animales crudos o poco cocidos, como la leche y la carne, conlleva un alto riesgo de infección por patógenos que pueden causar enfermedades en los seres humanos. Los productos animales procesados adecuadamente mediante cocción o pasteurización son seguros para el consumo. Los alimentos que han pasado por estos procesos deben manipularse con cuidado para evitar la contaminación cruzada con alimentos crudos o inseguros. La carne y la leche de dromedario son productos nutritivos que pueden seguir consumiéndose después de la cocción, la pasteurización u otros tratamientos térmicos.

La OMS no recomienda que se realicen controles especiales en los puntos de ingreso en relación con este evento ni recomienda actualmente la aplicación de ninguna restricción a los viajes o al comercio.

El síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) es una enfermedad respiratoria causada por un coronavirus (MERS-CoV). La tasa de letalidad entre los casos confirmados ronda el 36%, aunque esta cifra podría estar sobreestimada, ya que los casos más leves suelen pasar desapercibidos. La tasa de letalidad se calcula únicamente a partir de infecciones confirmadas por laboratorio, lo que podría no reflejar la tasa correcta.

Los humanos contraen el MERS-CoV por contacto directo o indirecto con dromedarios (*Camelus dromedarius*), huésped natural del virus y reservorio zoonótico. Si bien la transmisión entre humanos es posible, se ha producido principalmente en situaciones de contacto cercano, sobre todo en entornos sanitarios. Fuera de estos entornos, hasta la fecha se ha registrado una transmisión limitada entre humanos.

El MERS puede presentarse sin síntomas, con problemas respiratorios leves o con una enfermedad grave que puede provocar dificultad respiratoria aguda y la muerte. Los síntomas comunes incluyen fiebre, tos y dificultad respiratoria, con neumonía observada con frecuencia, aunque no siempre presente. Algunos pacientes también presentan síntomas gastrointestinales como diarrea. Los casos graves pueden requerir cuidados intensivos, incluyendo ventilación mecánica. Entre las personas con mayor riesgo de presentar resultados graves se encuentran los adultos mayores, las personas con sistemas inmunitarios debilitados y quienes padecen enfermedades crónicas como diabetes, enfermedad renal, cáncer o trastornos pulmonares.

El número de infecciones por MERS-CoV notificadas a la Organización Mundial de la Salud (OMS) disminuyó sustancialmente desde el comienzo de la pandemia de covid. Inicialmente, esto probablemente se debió a la priorización de las actividades de vigilancia epidemiológica para la covid. El cuadro clínico similar de ambas enfermedades puede resultar en una reducción de las pruebas y la detección de infecciones por MERS-CoV. Además, las medidas adoptadas para reducir la transmisión del SARS-CoV-2 (por ejemplo, uso de mascarillas, higiene de manos, distanciamiento físico, mejora de la ventilación de espacios interiores, protocolo respiratorio, órdenes de quedarse en casa, movilidad reducida) probablemente también redujeron las oportunidades de transmisión de persona a persona del MERS-CoV. Se ha planteado la hipótesis de la posible protección cruzada conferida por la infección o la vacunación contra el SARS-CoV-2 y cualquier reducción en la infección por MERS-CoV o la gravedad de la enfermedad y viceversa, pero se requiere más investigación.

Actualmente no existe una vacuna ni un tratamiento específico, aunque se están desarrollando varias vacunas y terapias específicas contra el MERS-CoV. El tratamiento sigue siendo de apoyo, centrándose en el control de los síntomas según la gravedad de la enfermedad.

LA REGIÓN REPORTÓ EN 2024 EL MAYOR NÚMERO DE CASOS DE SARAMPIÓN EN MÁS DE 25 AÑOS

13/03/2025

En 2024 se notificaron 127.350 casos de sarampión en la Región Europea, el doble de los notificados en 2023 y la cifra más alta desde 1997, según un análisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Los niños menores de cinco años representaron más de 40% de los casos notificados en la región, que abarca 53 países de Europa y Asia Central. Más de la mitad de los casos notificados requirieron hospitalización. Se han notificado 38 fallecimientos, según datos preliminares recibidos hasta el 6 de marzo de 2025.

Los casos de sarampión en la región han ido disminuyendo en general desde 1997, cuando se notificaron unos 216.000, alcanzando un mínimo de 4.440 casos en 2016. Sin embargo, se observó un resurgimiento en 2018 y 2019, con 89.000 y 106.000 casos notificados en ambos años, respectivamente. Tras un retroceso en la cobertura de inmunización durante la pandemia de covid, los casos volvieron a aumentar significativamente en 2023 y 2024. En muchos países, las tasas de vacunación aún no han vuelto a los niveles prepandémicos, lo que aumenta el riesgo de brotes.

“El sarampión regresó y es una llamada de atención. Sin altas tasas de vacunación, no hay seguridad sanitaria. Al diseñar la nueva estrategia regional de salud para Europa y Asia Central, no se debe perder terreno. Todos los países deben redoblar sus esfuerzos para llegar a las comunidades con coberturas de vacunación insuficientes. El virus del sarampión nunca descansa, y nosotros tampoco”, advirtió el Dr. Hans Henri Marcel Paul Kluge, director regional de la OMS para Europa.

En 2024, la Región Europea representó un tercio de todos los casos de sarampión a nivel mundial. Solo en 2023, 500.000 niños de toda la región no recibieron la primera dosis de la vacuna contra el sarampión (MCV1) que debería administrarse a través de los servicios de inmunización de rutina.

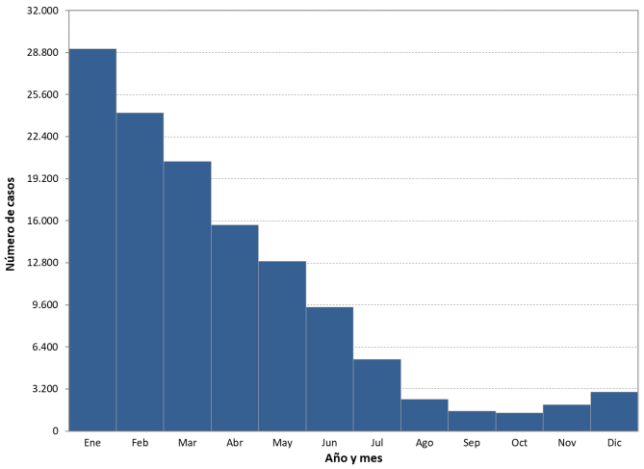
“Los casos de sarampión en Europa y Asia Central se han disparado en los últimos dos años, lo que indica deficiencias en la cobertura de vacunación”, declaró Regina De Dominicis, Directora Regional del UNICEF para Europa y Asia Central. “Para proteger a los niños de esta enfermedad mortal y debilitante, necesitamos medidas gubernamentales urgentes, incluyendo una inversión sostenida en el personal sanitario”.

En Bosnia y Herzegovina, Montenegro, Macedonia del Norte y Rumania, menos de 80% de los niños elegibles fueron vacunados con la MCV1 en 2023, una cifra muy inferior a la tasa de cobertura de 95% necesaria para mantener la inmunidad de grupo. Tanto en Bosnia y Herzegovina como en Montenegro, la tasa de cobertura de la MCV1 se mantuvo por debajo de 70% y 50%, respectivamente, durante los últimos cinco años o más.

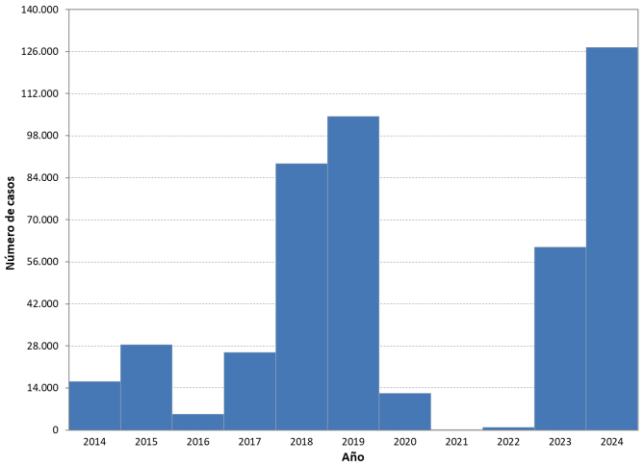
Rumania notificó el mayor número de casos en la región en 2024, con 30.692 casos, seguida de Kazajstán con 28.147 casos.

El UNICEF y la OMS están trabajando junto con los gobiernos y con el apoyo de asociados, incluida la Unión Europea y la Alianza para las Vacunas, para prevenir y responder a los brotes de sarampión, interactuando con las comunidades, capacitando a los trabajadores de la salud, fortaleciendo los programas de inmunización y los sistemas de vigilancia de enfermedades e iniciando campañas de recuperación de la inmunización contra el sarampión.

El UNICEF y la OMS instaron a los gobiernos con brotes activos a intensificar urgentemente la búsqueda de casos, el rastreo de contactos y la realización de campañas de vacunación de emergencia. Es imperativo que los países analicen las causas fundamentales de los brotes, aborden las deficiencias de sus sistemas de salud y utilicen estratégicamente los datos epidemiológicos para identificar y subsanar las deficiencias en la cobertura. Llegar a los padres reticentes y a las comunidades marginadas, y abordar el acceso desigual a las vacunas, debe ser fundamental en todos los esfuerzos.



Casos de sarampión por mes. Región Europea de la Organización Mundial de la Salud. Año 2024. Fuente: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.



Casos de sarampión por año. Región Europea de la Organización Mundial de la Salud. Años 2014/2024. Fuente: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

Los países que actualmente no tienen brotes de sarampión deben estar preparados, entre otras cosas identificando y abordando las brechas en la inmunidad, generando y manteniendo la confianza pública en las vacunas y manteniendo sistemas de salud sólidos.

El sarampión es uno de los virus más contagiosos que afectan a las personas. Además de la hospitalización y la muerte causadas por complicaciones como neumonía, encefalitis, diarrea y deshidratación, el sarampión puede causar complicaciones de salud debilitantes a largo plazo, como la ceguera. También puede dañar el sistema inmunitario al "borrar" su memoria sobre cómo combatir las infecciones, dejando a los sobrevivientes del sarampión vulnerables a otras enfermedades. La vacunación es la mejor línea de defensa contra el virus.

El sarampión sigue siendo una amenaza global significativa. En 2024, se reportaron 359.521 casos de sarampión en todo el mundo. La transmisión del virus a través de fronteras y continentes es regular, y se producirán brotes de esta enfermedad altamente infecciosa dondequiera que el virus encuentre focos de personas no vacunadas o con una vacunación insuficiente, en particular niños.

The New York Times

La tuberculosis resurge mientras el recorte de fondos de Trump altera el tratamiento

11/03/2025

Dalvin Modore caminaba como si tuviera cristales rotos bajo sus pies, con cuidado y los frágiles hombros encorvados ante la expectativa del dolor. Sus pantalones se habían aflojado tanto que tenía que sostenerlos mientras caminaba lentamente por su pequeña granja en el oeste de Kenya.

Modore tiene tuberculosis. Tiene 40 años, es un hombre alto que ha bajado de peso a 50 kilos. Tiene una tos terrible y a veces vomita sangre. Teme que la enfermedad lo mate y está desesperado por tomar la medicación para tratarla.

Modore es uno de los miles de kenyanos y cientos de miles de personas en todo el mundo que padecen tuberculosis y que han perdido el acceso a tratamientos y pruebas en las semanas transcurridas desde que la administración Trump recortó la ayuda exterior y retiró la financiación de programas de salud en todo el mundo.

Muchos, como Modore, han empeorado considerablemente. A medida que siguen con sus vidas, esperando y albergando esperanzas, están propagando la enfermedad a otras personas de sus propias familias, comunidades y más allá.

Todo el sistema de detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis –que mata a más personas en todo el mundo que cualquier otra enfermedad infecciosa– colapsó en docenas de países de África y Asia desde que el presidente Donald John Trump ordenó la congelación de la ayuda el 20 de enero, el día de su toma de posesión.

El año pasado, Estados Unidos contribuyó con cerca de la mitad de los fondos de donantes internacionales para la lucha contra la tuberculosis y, en Kenya, se pagó una serie de productos básicos. Los funcionarios de la administración Trump han dicho que otros países deberían contribuir con una mayor proporción a los programas de salud globales. Dicen que la administración está evaluando los contratos de ayuda exterior para determinar si son de interés nacional para Estados Unidos.

Si bien algunos programas contra la tuberculosis podrían finalmente sobrevivir, ninguno ha recibido dinero durante meses.

Los familiares de las personas infectadas no reciben terapia preventiva. Los adultos infectados comparten habitaciones en los abarrotados edificios de viviendas de Nairobi y los niños infectados duermen en camas de cuatro en cuatro con sus hermanos. Los padres que llevaron a sus hijos enfermos a hacerse la prueba el día antes de la investidura de Trump todavía esperan saber si sus hijos tienen tuberculosis. Y las personas que padecen la forma de tuberculosis casi totalmente resistente a los medicamentos no reciben tratamiento.

Modore comparte cama con su primo y su hogar con otros cuatro familiares. Todos ellos lo han visto enfermar y adelgazar, temiendo también por su propia salud.

A pesar de ser totalmente tratable, la tuberculosis se cobró 1,25 millones de vidas en 2023, el último año del que hay datos disponibles. Si la tuberculosis empieza a propagarse sin control, la población de todo el mundo podría correr riesgo.

Un barrio de Nairobi, donde los adultos infectados comparten habitaciones con sus cónyuges y los niños infectados duermen de cuatro en cuatro con sus hermanos.

El principal esfuerzo de investigación sobre la tuberculosis, que consistía en probar nuevos diagnósticos y terapias, ha sido cancelado. La agencia mundial de adquisición de medicamentos contra la tuberculosis perdió sus fondos, y luego le dijeron que podría recuperarlos, pero todavía no lo ha hecho. Stop TB, el consorcio mundial de grupos gubernamentales y de pacientes que coordina el seguimiento y el tratamiento de la tuberculosis, fue cancelado, luego se levantó la cancelación, pero todavía no ha recibido fondos.

Estados Unidos no pagó toda la atención de la tuberculosis en Kenya, pero financió partes fundamentales. Y cuando la financiación se congeló, fue suficiente para paralizar todo el sistema.

Estados Unidos pagaba a los conductores de motocicletas, que ganaban aproximadamente un dólar por transportar una muestra tomada de una persona con una presunta infección a un laboratorio para analizarla en busca de tuberculosis. Los conductores fueron despedidos el primer día del recorte de fondos, por lo que el transporte de muestras se detuvo.

Estados Unidos pagaba por algunos equipos de laboratorio utilizados para procesar las pruebas. En muchos lugares, el procesamiento se detuvo.

Estados Unidos pagaba por la conectividad a Internet que permitió que muchos centros de pruebas enviaran los resultados a pacientes que se encontraban lejos a través de promotores comunitarios locales conocidos como TB Champions. De modo que, incluso cuando los pacientes encontraron una manera de enviar muestras a un laboratorio en funcionamiento, la notificación de los resultados dejó de hacerse.

Sin pruebas que confirmen si una persona está infectada y qué tipo de tuberculosis tiene, los familiares no pueden comenzar la terapia preventiva.

Estados Unidos pagaba la media docena de pruebas que necesitan los pacientes antes de comenzar el tratamiento de la tuberculosis resistente a múltiples fármacos, para asegurarse de que sus cuerpos puedan tolerar los medicamentos agresivos. Estas pruebas pueden costar 80 dólares o más, fuera del alcance de muchos pacientes. Sin las pruebas, los médicos no saben qué medicamentos recetar a los pacientes muy enfermos. Las recetas se interrumpieron.

Estados Unidos pagaba por los barcos y camiones que trasladaban las drogas a los puertos, almacenes y clínicas. Los envíos se detuvieron.

Y Estados Unidos pagaba el contrato de gestión de datos que proporcionó un tablero nacional de datos sobre casos, curas y muertes. El seguimiento se detuvo.

Evaline Kibuchi, coordinadora nacional de la Alianza Alto a la Tuberculosis en Kenya, predijo que sólo se necesitarían tres meses para que aumentaran las infecciones y las muertes por tuberculosis. “Pero ni siquiera sabremos de las nuevas muertes, porque toda la recopilación de datos fue apoyada por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)”, afirmó.

Estados Unidos también pagó los estipendios –unos 35 dólares mensuales– de los trabajadores sanitarios comunitarios y de los TB Champions, que perdieron los minúsculos salarios que contradicen su papel vital. Las investigaciones demostraron que, como el tratamiento de la tuberculosis implica tomar medicamentos durante muchos meses, a menudo con efectos secundarios desagradables, los pacientes tienen muchas más probabilidades de terminar un tratamiento y curarse cuando alguien los controla regularmente, los anima y los vigila para detectar posibles deslices.

Las pegatinas de USAID cubren las puertas y las paredes de la clínica de tuberculosis donde los pacientes reciben tratamiento en el Hospital del Subdistrito Kayole II.

Pero en todo Kenya, los defensores comunitarios han seguido trabajando, sin cobrar, cubriendo de sus propios bolsillos los costos de intentar llegar a los pacientes y entregar diagnósticos.

La tos constante de Modore atrajo la atención del vecindario en enero. Doreen Kikuyu, la TB Champion en su área, vino y le recogió una muestra de esputo y utilizó el sistema de la motocicleta para enviarla para su diagnóstico.

Cuando llegaron los resultados, la administración Trump había congelado el sistema. Kikuyu no pudo conseguir fondos para una motocicleta que la llevara a su casa para informarle. “Pero no podía dejarlo sin saber la respuesta”, dijo. “Así que me puse a caminar”.

También explicó que el análisis de laboratorio no proporcionaba información sobre si tenía una forma resistente a los medicamentos, por lo que necesitaría más pruebas antes de poder empezar a tomar la medicación adecuada. Pero tendría que pagar 1.000 chelines kenianos (unos 8 dólares) para enviar una muestra al laboratorio regional que podría realizar esa prueba. Para pagarla, tal vez tendrían que vender un pollo, uno de sus pocos activos. Debatían qué hacer a medida que pasaban los días.

“Tengo muchas esperanzas de empezar a tomar la medicación, pero me pregunto qué pasará”, dijo Modore hace poco, sentado encorvado a la sombra de un grupo de árboles fuera de su casa.

Finalmente, la intrépida Kikuyu logró reunir el dinero gracias a las contribuciones de vecinos y otros trabajadores de salud comunitarios que habían sido despedidos. Envió la muestra al laboratorio y recibió buenas noticias: Modore no tenía resistencia a los medicamentos y podía tomar los medicamentos habituales.

Pero no había nadie que pudiera prescribirlos. Los empleados de la clínica recibían pagos de Estados Unidos y ahora estaban despedidos. Kikuyu estaba desesperada, sabiendo que Modore estaba gravemente enfermo.

Trabajando con su teléfono y usando el tiempo de conexión que ella misma compró, insistió en que un funcionario del gobierno local que es tisioneumonólogo se reuniera con ella en el hospital y le recetara y entregara los medicamentos que tenía en el almacén cerrado de la clínica. Juntó más dinero para llevar a Modore a la clínica en una motocicleta. Mientras lo veía sonreír y tomar sus primeras pastillas, sintió un gran alivio.

Pero inmediatamente se enfrentó a una nueva preocupación: su familia y sus vecinos más cercanos, alrededor de una docena de personas, necesitaban iniciar una terapia preventiva para protegerse de la enfermedad. La clínica está cerrada. Si puede encontrar un médico que recete medicamentos para los adultos, al menos podría entregárselos. (Los medicamentos contra la tuberculosis para niños son complejos y requieren la supervisión de un médico). Pero no tiene dinero para regresar a la casa de los Modore. Se ha agotado caminando hasta las casas de otros pacientes que están esperando pruebas, esperando resultados, esperando medicamentos.

Dos TB Champions caminan hacia el vecindario de Sofia, en el condado de Busia, para hablar con los pacientes.

–Es un problema –dijo con cansancio–. Pero tenemos que llegar hasta esa familia.

Para que el tratamiento de la tuberculosis funcione, los pacientes deben tomar sus medicamentos todos los días, sin interrupción, durante meses.

Barack Odima, un mecánico de 38 años de Nairobi, padece la forma más mortal de la enfermedad, resistente a la mayoría de los tratamientos. El otoño pasado empezó a tomar una combinación de medicamentos poco común, pero cuando fue a recoger su medicación hace dos semanas, el personal de la clínica le dijo que uno de los medicamentos no se había repuesto y que no tenían nada para él.

“Si no consigo este medicamento que me falta, ¿cómo me voy a curar?”, se preguntó Odima.

Después de otra semana, la clínica recibió un pequeño lote de medicamentos. El médico y el farmacéutico habían sido despedidos, por lo que un TB Champion le dio el medicamento, pero no pudo decirle cuántas pastillas más podría recibir.

Mientras esté tomando los medicamentos, Odima debe hacerse análisis de sangre, hígado y riñones todos los meses para asegurarse de que su cuerpo los tolera. Eso cuesta unos 80 dólares, que antes estaban cubiertos por la subvención estadounidense, y no se ha hecho ningún análisis desde que se congelaron los fondos. Se supone que la esposa de Odima y sus cinco hijos deben volver a hacerse los análisis de detección de la enfermedad este mes; tendrá que gastar todos sus ahorros para pagar las radiografías.

En una entrevista en una sala de tratamiento de una clínica llena de pegatinas y carteles que anunciaban el apoyo de USAID, Odima dijo que estaba agradecido a Estados Unidos por la ayuda con su tratamiento, pero que le desconcertaba que el país le hubiera cortado la ayuda. Por supuesto que su propio gobierno debería proporcionar esa atención, dijo. “Pero somos un país dependiente, y Kenya no puede apoyar los programas para que todas las personas con estas enfermedades puedan curarse”, dijo.

En realidad, el sistema de tratamiento de la tuberculosis en Kenya no era muy sólido antes de que Estados Unidos le retirara su apoyo: el país tuvo casi 90.000 nuevas infecciones el año pasado. Los laboratorios carecían de suministros para realizar pruebas moleculares y a menudo se diagnosticaba mal a la gente.

Los TB Champions, que visitan a cualquier persona que se enteran que tiene tos persistente, fueron concebidos como una estrategia de bajo presupuesto y alto impacto para cambiar esa situación. Desde que se suspendió la ayuda, adquirieron una importancia descomunal. En la

descuidada ciudad de Busia, en el oeste de Kenya, una TB Champion llamada Agnes Okose está utilizando el dinero que gana en su puesto de comida para financiar viajes a pueblos de la periferia. Desde fines de enero, ha estado entregando diagnósticos y recogiendo muestras de esputo en frascos de plástico que ella misma compra y que lleva en una pequeña hielera a un laboratorio de la ciudad.

“Soy una sobreviviente de tuberculosis; no puedo dejar que la gente muera”, dijo. “Estamos usando cualquier pequeña cantidad de dinero que podamos conseguir”.

Los recortes de la ayuda también paralizaron una red de clínicas establecidas en toda África hace dos décadas por el Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida de George Walker Bush. Estas clínicas eludían los frágiles, burocráticos y corruptos sistemas de salud de los países que luchaban contra la tuberculosis y el VIH, y administraban rápidamente a los pacientes medicamentos vitales. Veinte años después, seguían estando parcial o totalmente separadas, en la mayoría de los lugares, y contaban con personal pagado por Estados Unidos.

Ahora, las autoridades sanitarias africanas se están esforzando por absorber a esos pacientes en el sistema médico regular, lo que supone atender a un 40% más de personas en instalaciones que ya estaban sobrecargadas. El gobierno nacional de Kenya dijo que está trabajando en un plan, pero no ofreció detalles sobre cómo cubrirá la enorme brecha de financiación.

Pero como todos los casos de tuberculosis y VIH han ido a clínicas separadas durante años, los médicos de las instalaciones principales no conocen los protocolos de los medicamentos, los efectos secundarios o los signos de fracaso del tratamiento.

“Habrá personal sanitario que nunca haya visto un caso de tuberculosis y habrá problemas de calidad de la atención”, dijo el Dr. Timothy Malika, que supervisa el programa de tuberculosis del condado de Kisumu, que tiene una de las tasas más altas de infección de tuberculosis en Kenya.

Abigael Wanga, que vive en un pueblo del condado de Busia, tiene cinco hijos; dos de ellos llevan un año recibiendo tratamiento contra la tuberculosis. Pero los dos niños, Philemon, de 8 años, que espera ser piloto algún día, y su testaruda hermana Desma, de 3 años, todavía tienen dolor en el pecho, tos y falta de apetito.

Okose teme que sean resistentes a los medicamentos. Recogió muestras de esputo de ellos y de sus tres hermanos el día antes de la investidura. Las pruebas están congeladas y los cinco niños siguen durmiendo bajo una misma manta por la noche.

LA CRISIS DEL AGUA SE AGRAVA DURANTE EL RAMADÁN BAJO EL BLOQUEO ISRAELÍ

14/03/2025

Cada amanecer durante el mes sagrado musulmán del Ramadán, Emad al-Haddad se apostaba en las aceras agrietadas de la ciudad de Gaza, con la mirada fija en el horizonte.

Este padre de siete hijos, de 43 años, no espera ni a su familia ni a sus amigos, sino un cargamento precioso: camiones cisterna que avanzan lentamente por las calles destrozadas; su llegada es tan incierta como el parpadeo de la electricidad en este enclave asediado.

"Asegurarse agua potable se ha convertido en una lucha diaria. Esto es especialmente cierto con la urgente necesidad de agua después del llamado a la oración del *maghreb*, cuando los residentes rompen su ayuno tras largas horas sin agua", dijo al-Haddad, con la voz teñida de agotamiento.

La crisis del agua, ya grave tras años de bloqueo, se agravó catastróficamente tras la guerra de octubre de 2023. Cuando se cortaron las líneas eléctricas que abastecían a Gaza, se paralizaron las plantas de desalinización, que producen agua dulce apta para el consumo o el riego para los más de dos millones de habitantes de Gaza.

Tras meses de presión internacional, Israel permitió el suministro de una pequeña cantidad de electricidad a las plantas de desalinización del centro y sur de Gaza. Pero el alivio duró poco. Los recientes cortes han sumido al enclave en una situación de emergencia cada vez más grave, con la creciente demanda durante el Ramadán chocando con una escasez agobiante.

"Es más difícil que nunca", dijo al-Haddad. "Durante el Ramadán, necesitamos agua más que en cualquier otro momento, ya sea para el ayuno o para preparar el *iftar* y el *suhur*[1]. Sin embargo, las plantas desalinizadoras funcionan menos horas y los camiones cisterna llegan en cantidades menores. No sabemos cuánto durará esto".

En toda Gaza, las familias racionan cada gota. Las plantas de desalinización, que operan a menos de 20% de su capacidad habitual, se ven sobrecargadas por la escasez de combustible y un suministro eléctrico irregular. Los camiones de ayuda humanitaria entregan suministros esporádicos, pero las cuentas son despiadadas: más bocas que hidratar, menos recursos que compartir.

[1] El *suhur* es la comida que se consume antes del amanecer. Se realiza antes de la primera oración del día, *fajr*. Se recomienda evitar las comidas pesadas o picantes, ya que pueden provocar acidez estomacal y sed excesiva.

Por su parte, el *iftar* es la comida que se consume después del atardecer para romper el ayuno, y se realiza después de la oración del atardecer, *maghreb*. Se suele comenzar con dátiles y agua, y se considera un momento de gratitud y unión. El *iftar* puede incluir especias, carnes, verduras, guisos, sopas, miel, frutos secos y postres.

“Estamos intentando seguir operando las plantas, pero la falta de electricidad y combustible lo dificulta enormemente. Si esto continúa, podríamos tener que detener la producción por completo, lo que dejaría a los residentes sin agua durante el Ramadán”, declaró Abdul Salam Yassin, funcionario de una de las plantas desalinizadoras de Gaza.

“Antes de la decisión israelí, podía suministrar suficiente agua a mis clientes”, dijo Fadi Abu Snouna, un conductor de camión cisterna de agua de 35 años del barrio al-Daraj de la ciudad de Gaza.

“Pero ahora solo recibo una cuarta parte de lo que recibía antes. Durante el Ramadán, la gente necesita más agua para el *iftar* y el *suhur*, pero tengo que disculparme con mis clientes porque no hay agua disponible”, dijo.

El costo económico es devastador. Los precios del agua potable se han más que duplicado desde la guerra, y familias como la de Mohammed Abdullah, en el norte de Gaza, ahora tienen que gastar 20 dólares a la semana, una pequeña fortuna en un enclave donde el desempleo, según datos recientes de la Organización Internacional del Trabajo, se acerca a 80%.

“Esta es una carga enorme, especialmente durante el Ramadán, cuando necesitamos más agua para preparar las comidas del *iftar* y el *suhur*”, dijo Abdullah, un padre de dos hijos de 29 años de Beit Lahia.

Para muchos, incluso el agua contaminada es una necesidad imperiosa. Laila Abu Hamdan, de 38 años y madre de cuatro hijos en Khan Younis, al sur de Gaza, describió cómo hierven los suministros municipales inseguros para mitigar los riesgos para la salud.

“Mis hijos se quejan de dolores de estómago, y sé que la causa es el agua contaminada”, dijo. “Pero comprar agua limpia se ha vuelto demasiado caro”.

Las autoridades sanitarias advierten ahora de una catástrofe inminente. Khalil al-Daqran, portavoz de las autoridades sanitarias de Gaza, informó de aumentos repentinos de casos de hepatitis y enfermedades gastrointestinales relacionados con el agua contaminada.

“El agua disponible actualmente no es completamente potable, pero los residentes no tienen otra opción. Si la situación continúa, podríamos enfrentar brotes generalizados de enfermedades, lo que sobrecargaría aún más el ya desbordado sistema de salud de Gaza”, dijo al-Daqran.

EL PAÍS

El origen del virus de Marburg: una mina de estaño y 10.000 murciélagos

12/03/2025

La galería del túnel 12 de una mina de estaño cerca de Kigali, donde se encuentra una comunidad de 10.000 murciélagos.

Bajando por un camino abierto en la montaña que conecta los diferentes túneles de una mina de estaño situada a unos 20 minutos en coche desde Kigali, la capital de Rwanda, Dominique Kayr, responsable de seguridad, avisó con tranquilidad: "No toquen esto, cuidado". Era una pequeña mancha blanquecina en la barandilla. Podría ser, y seguramente lo era, una marca de las heces de uno de los 10.000 murciélagos que viven dentro de esta mina. Durante el día duermen todos en el túnel número 12, pero hacia las 18:00 horas, cuando cae el sol, salen volando para su actividad nocturna. Kayr siguió bajando como si nada, como si estos mamíferos, portadores del virus de Marburg, no fueran los responsables del último brote de esta fiebre que tiene una sintomatología similar a la de la enfermedad por el virus del Ébola, y que Rwanda sufrió el año pasado con un saldo de 66 contagios y 15 muertes, es decir, con una tasa de letalidad de 23%.

En la entrada del túnel número 12 yacía el cadáver de un pequeño murciélago, pero Kayr abrió el cerrojo de la reja y animó a adentrarse en la galería, que tiene una extensión de 100 metros hasta llegar a una puerta metálica con dos carteles, uno en kinyarwanda y otro en inglés: "Cuidado con los murciélagos". "¿Quieren que la abramos?", preguntó mientras la iba abriendo. Dentro, una gran sala de techos altos y columnas, una gruta que quedó a medio excavar, cobijaba esta extensa comunidad de murciélagos: se escuchaban sus gruñidos y el revoloteo de sus alas. De pronto uno voló hasta la misma puerta y volvió a entrar. "Bueno, ya está", el responsable de seguridad cerró la puerta.

Las autoridades rwandesas tardaron en llegar al corazón del último brote de enfermedad por el virus de Marburg, que empezó el 7 de septiembre y se declaró oficialmente el 27. Pero primero debieron implementar medidas para evitar la propagación –que afectó especialmente a los trabajadores sanitarios–, antes de empezar a trazar el origen. "Las primeras 72 horas las dedicamos a controlar el virus, luego estuvimos una semana investigando los registros médicos", explicó Edson Rwagasore, director de la división de vigilancia en salud pública del Centro Biomédico de Rwanda, que depende del Gobierno del presidente Paul Kagame. Este organismo aprovechó, a mediados de febrero, la presencia de periodistas internacionales en un congreso sobre salud global celebrado en Kigali –un congreso que debía celebrarse en octubre pero que se aplazó precisamente a causa del virus– para mostrar el origen del último brote y las medidas que están tomando para evitar que se repita.

Al final lograron identificar el primer caso que llegó a un centro sanitario con síntomas de la enfermedad por el virus de Marburg, el de una mujer de 25 años. Ella murió, pero no era la fuente: lo era su marido, de 27 años, que había superado el virus sin muchos síntomas. Este hombre trabajaba excavando el túnel número 12 de esta mina, gestionada por la compañía

Gamico LTD Mining, donde las autoridades descubrieron que los mineros habían estado extrayendo estaño en el mismo lugar donde vivían 10.000 murciélagos.

La zona de excavación de Gamico LTD Mining, cerca de Kigali, la capital de Rwanda.

El virus de Marburg causa una fiebre hemorrágica cuya tasa de letalidad varía entre 24% y 88%, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los casos actuales registran una media de letalidad de 50%. Pertenece a la familia de los filovirus, la misma que la del virus del Ébola, y el periodo de infección es de 21 días, aunque en las primeras 48 horas no hay síntomas, con lo que la propagación es muy difícil de controlar. Este virus lo portan normalmente los murciélagos egipcios de la fruta (*Rousettus*) y se transmite a los humanos por el contacto con sus heces, saliva o sangre. Aunque en la década de 1960 se registraron tres brotes en Alemania y Serbia, el resto de los brotes, especialmente a partir del año 2000, tuvieron lugar en África, sobre todo en la región de los grandes lagos, según datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. Desde fines de enero, Tanzania está combatiendo un nuevo brote en la región minera de Kagera, con al menos 10 muertes relacionadas con el virus, según datos de la OMS de mediados de febrero.

Estos murciélagos viven en cuevas, pero buena parte de los brotes, según consta en la literatura científica que ha ido identificando las fuentes de todos ellos, tienen que ver con murciélagos que viven en las minas de oro, estaño, cobre, coltán u otros materiales que se encuentran en Rwanda, Uganda, República Democrática del Congo, Kenya o Tanzania. De hecho, el número de brotes de enfermedad por el virus de Marburg registrados ha ido aumentando en las últimas dos décadas –cuatro brotes en la década de 2000, tres en la de 2010 y seis solo en los cinco años de la actual década–, en paralelo al incremento de las exportaciones de estos materiales. Y quedan fuera de los registros las minas clandestinas o en zonas de conflicto que alimentan las guerras entre milicias, como en la región de los Kivu, donde precisamente estos meses la milicia M23, apoyada por el gobierno rwandés, está inmersa en una ofensiva para controlar partes del territorio del este de República Democrática del Congo.

Solo en Rwanda, explicó Rwagasore, hay otras seis minas "con características similares" que el Gobierno tiene bajo su supervisión, es decir, sitios de excavación donde a medida que se han ido abriendo túneles se ha propiciado el encuentro con el animal portador del virus. La propia mina de Gamico LTD Company, donde trabajan unas 600 personas, es un ejemplo de ello. En esta colina se extrae estaño desde la década de 1930, cuando el país estaba todavía bajo el dominio belga. Pero solo se extraía material en la superficie. No fue hasta 2021 que esta compañía asumió la gestión y decidió empezar a excavar túneles para aumentar la producción. Durante algo más de tres años, fueron abriendo túneles hasta que llegaron al número 12, donde se encontraron con los murciélagos.

Respuesta al brote

Aunque la rápida urbanización de estas zonas y el incremento de la actividad minera propician más contacto entre humanos y murciélagos, el brote de Rwanda también es un ejemplo de cómo mantener a raya la letalidad que en otros episodios era altísima: en este caso, ha sido de 22,7%. No hay vacunas ni tratamientos antivirales autorizados contra este virus, pero sí hay

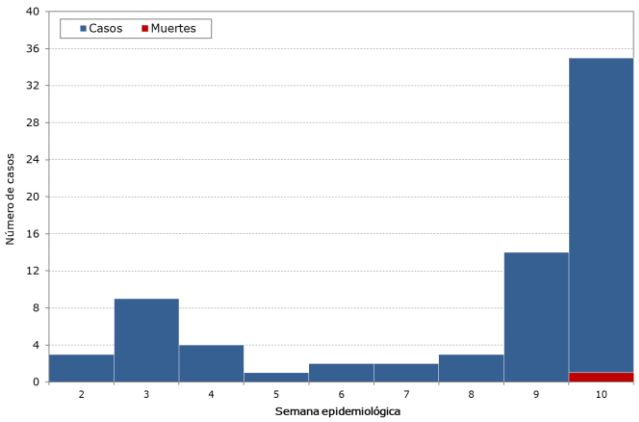
algunas candidatas y que se pueden usar dentro de ensayos clínicos. El Gobierno de Rwanda así lo hizo, además de adoptar medidas preventivas.

Entrada del túnel número 12, donde se encuentra la colonia de murciélagos en una mina de estaño cerca de Kigali.

La primera fue cerrar el túnel 12 y establecer un perímetro, mediante unas vallas, para que los humanos no se acerquen a los murciélagos; cuando salen a volar de noche, los trabajadores ya no están en la mina, explicaron sus responsables. Lo siguiente, descartada la posibilidad de eliminar a los portadores del virus –"los murciélagos pueden cambiar de sitio y pueden venir aquí otra vez", detalló Rwagasore–, era monitorizar la colonia y entender su comportamiento ecológico: cuando entran y salen y hacia dónde van, para evitar que los humanos coincidan con ellos. También se extraen semanalmente muestras de sangre, heces y saliva para determinar la carga viral.

En ningún momento se planteó el cierre de la mina, y ninguno de los trabajadores quiso dejar el empleo, sino que simplemente se ha reorientado la excavación y la zona del transporte de materiales hacia otros túneles en la otra cara de la colina. Finalmente, instalaron una clínica en la mina, donde se puede llevar a cabo una primera respuesta sanitaria en caso de infección con los primeros síntomas que aparezcan, especialmente la fiebre. "En el futuro pensamos en seguir a algunos murciélagos con GPS, porque pueden volar hasta siete kilómetros de distancia", añadió Rwagasore, aunque admitió que parte de la financiación para este programa de prevención dependía de la ayuda estadounidense, que el presidente Donald John Trump decidió congelar. De momento, se dedicarán a seguir y entender sus movimientos: "Estamos aprendiendo mucho de los murciélagos, ellos estuvieron aquí antes que nosotros".

El brote de mpox en Sierra Leona, notificado por primera vez a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de enero de 2025, se ha intensificado tanto en escala como en extensión geográfica, lo que ha generado importantes preocupaciones de salud pública. Desde el 26 de enero de 2025, se han notificado 56 nuevos casos y una muerte en todo el país. En la semana epidemiológica (SE) 10, se notificaron 34 nuevos casos confirmados y una muerte en dos distritos: Western Area Urban (32 casos, 1 muerte) y Western Area Rural (2 casos, sin muertes), lo que marca un drástico aumento en el número de nuevos casos, así como la primera muerte por mpox notificada en el brote actual.



Casos y muertes por mpox. Sierra Leona. Año 2025, de semana epidemiológica 2 a 10. Fuente: Organización Mundial de la Salud - Oficina Regional para África.

Del 11 de enero al 9 de marzo de 2025, se notificó un total acumulado de 72 casos confirmados de mpox, incluida una muerte (tasa de letalidad de 1,4%), en ocho distritos de Sierra Leona. Western Area Urban (52 casos) y Western Area Rural (7 casos) concentran 81,9% de todos los casos notificados, mientras que el resto se distribuye entre Bombali (3 casos), Tonkolili (3), Port Loko (2), Moyamba (2), Bo (2) y Karene (1). Entre los casos confirmados, uno es un profesional sanitario. La edad de los afectados oscila entre 1 y 52 años, con una media de 21 años. Los adultos de 25 a 39 años son el grupo más afectado, con 42 casos (58,3% del total). El brote ha afectado principalmente a estudiantes (30 casos) y empresarios (23 casos), quienes en conjunto representan 73,6% de todos los casos notificados.

Al 9 de marzo de 2025, se habían identificado 415 contactos. De ellos, 374 han completado el período de monitoreo de 21 días, mientras que 41 continúan en seguimiento. Además, 49 casos activos reciben actualmente tratamiento clínico: 36 están ingresados en salas de aislamiento hospitalario y 13 reciben atención domiciliaria.

El análisis de secuenciación genómica de ocho muestras enviadas al Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Dakar confirmó que el clado IIb es la cepa circulante del virus de la mpox en Sierra Leona. Esta cepa fue responsable del brote mundial de 2022-2023, que provocó una transmisión generalizada entre humanos, especialmente en Europa y América.

Acciones de salud pública

- La respuesta de Sierra Leona al brote de mpox continúa siendo coordinada por un Equipo Nacional de Gestión de Incidentes del Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública. La Agencia Nacional de Salud Pública, con el apoyo técnico de la OMS y sus socios en el ámbito de la salud, está llevando a cabo reuniones técnicas y operativas periódicas para

orientar las acciones de respuesta. Se ha desarrollado un Plan Nacional de Acción ante Incidentes para dirigir la respuesta a la mpox, y se ha puesto en marcha una iniciativa de colaboración público-privada para movilizar apoyo a las iniciativas de respuesta.

- A nivel subnacional, se han establecido estructuras de coordinación para apoyar la respuesta operativa en los distritos afectados. Los equipos de respuesta rápida desplegados en estos distritos continúan con las actividades de respuesta.
- La vigilancia activa de la mpox continúa en todos los distritos afectados. En Western Area Urban y Western Area Rural, se lanzó el 27 de febrero de 2025 una iniciativa de vigilancia intensificada denominada "Operación Encontrarlos a Todos", centrada en la identificación activa de casos de mpox en comunidades y centros de salud. También se están llevando a cabo investigaciones detalladas de casos y labores de rastreo de contactos.
- Las pruebas de laboratorio para la confirmación de la mpox continúan en los laboratorios de salud pública, incluyendo el 34° Hospital Militar, el Laboratorio Central de Referencia de Salud Pública y el Laboratorio Jui P3. También se ha realizado la secuenciación genómica para identificar la cepa circulante.
- La OMS y sus socios en materia de salud, incluyendo la Alianza para las Vacunas (GAVI), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades, han entregado 58.300 dosis de la vacuna contra la mpox Modified Vaccinia Ankara-Bavarian Nordic (MVA-BN) para apoyar la respuesta al brote. El grupo nacional de asesoramiento técnico sobre vacunas celebró una reunión para aprobar el uso de la vacuna en el país.
- Además, la OMS ya entregó más de 38.000 dólares en suministros esenciales de laboratorio y equipo de protección personal, incluyendo guantes, batas, delantales, protectores faciales, bolsas para residuos biológicos peligrosos y termómetros infrarrojos. Los suministros también incluyeron reactivos de secuenciación genómica, kits de pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para 400 análisis, cartuchos GeneXpert para 50 pruebas y kits de secuenciación genómica para 45 pruebas.
- Un total de 36 casos activos han ingresado en salas de aislamiento hospitalario para recibir atención clínica, mientras que 13 están recibiendo atención domiciliaria. Un total de 22 casos se han recuperado. La OMS adquirió kits de tratamiento para 20 pacientes hospitalizados y 180 pacientes ambulatorios y está brindando asesoramiento técnico a médicos y otros profesionales sanitarios, colaborando en el desarrollo de directrices para la gestión de casos y programas de capacitación.
- Se ha activado un programa de mentoría para la prevención y el control de infecciones por mpox para el personal sanitario en 18 centros de salud del distrito de Western Area Urban.
- También se están llevando a cabo actividades para concienciar a la comunidad y combatir la desinformación a través de actividades de divulgación por radio y comunitaria en los distritos Western Area Urban y Western Area Rural. Se están implementando actividades de monitoreo de medios y escucha social para rastrear rumores e infodemias. Se están difundiendo materiales informativos, educativos y de comunicación sobre la mpox en diversas plataformas.

Interpretación de la situación

El aumento de casos, incluyendo la primera muerte en este brote, puede atribuirse a la transmisión continua de persona a persona, particularmente en zonas urbanas, donde la mayoría

de los casos se concentran entre adultos jóvenes, estudiantes y empresarios. El aumento de la interacción social, la movilidad y los entornos abarrotados, como escuelas, universidades y lugares de trabajo, podrían estar contribuyendo a la propagación del virus, especialmente con el identificado clado IIb, conocido por su transmisión generalizada de persona a persona. Si bien estas tendencias son comunes en los brotes de mpox, la exposición concentrada en grupos específicos de alto riesgo subraya la necesidad de iniciativas específicas de prevención y concientización. Si bien se están implementando acciones de respuesta como la vigilancia activa, el rastreo de contactos y las pruebas de laboratorio, persisten deficiencias de recursos, lo que dificulta una respuesta eficaz y eficiente. Fortalecer la comunicación de riesgos y la participación comunitaria para promover la concientización y las prácticas de salud preventiva, así como abordar la desinformación, será crucial para controlar esta situación.

DECLARARON FINALIZADO EL BROTE DE ENFERMEDAD POR EL VIRUS DE MARBURG

13/03/2025

Tanzania declaró el 13 de marzo el fin del brote de la enfermedad por el virus de Marburg después de no registrar nuevos casos durante 42 días desde la muerte del último caso confirmado el 28 de enero de 2025.

El brote, en el que se registraron dos casos confirmados y ocho probables (todos fallecidos), fue el segundo que experimentó el país. Tanto este brote, declarado el 20 de enero de 2025, como el de 2023, se produjeron en la región nororiental de Kagera.

En respuesta al último brote, las autoridades sanitarias de Tanzania establecieron sistemas de coordinación y respuesta, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados, a nivel nacional y regional, y reforzaron las medidas de control para detectar rápidamente los casos, mejorar la atención clínica y la prevención de infecciones, así como fortalecer la colaboración con las comunidades para crear conciencia y ayudar a frenar una mayor propagación del virus.

La creciente experiencia en la respuesta a emergencias de salud pública en la región africana ha sido crucial para implementar medidas eficaces de control de brotes. Basándose en la experiencia adquirida en la respuesta al brote de la enfermedad por el virus de Marburg de 2023, la OMS colaboró estrechamente con las autoridades sanitarias de Tanzania para ampliar rápidamente medidas clave como la vigilancia de la enfermedad y capacitó a más de 1.000 profesionales sanitarios de primera línea en rastreo de contactos, atención clínica y comunicación de riesgos para la salud pública. La OMS también entregó más de cinco toneladas de suministros y equipos médicos esenciales.

“La dedicación del personal sanitario de primera línea y los esfuerzos de las autoridades nacionales y nuestros socios han dado sus frutos”, declaró el Dr. Charles Sagoe-Moses, representante de la OMS en Tanzania. “Si bien se declaró finalizado el brote, nos mantenemos alerta para responder con rapidez si se detectan casos y apoyamos las iniciativas en curso para brindar atención psicosocial a las familias afectadas por el brote”.

Aprovechando el impulso obtenido durante la fase aguda de la respuesta al brote, se implementaron medidas para reforzar la capacidad de los centros de salud locales para responder a posibles brotes futuros. La OMS y sus socios están adquiriendo suministros de laboratorio adicionales y otros equipos para la detección y vigilancia de enfermedades, así como para otros servicios críticos.

La enfermedad por el virus de Marburg es altamente virulenta y causa una fiebre hemorrágica. El virus pertenece a la misma familia que la del virus del Ébola. La enfermedad causada por el virus de Marburg comienza de forma repentina. Los pacientes presentan fiebre alta, cefalea intensa y malestar general intenso. Pueden desarrollar síntomas hemorrágicos graves en un plazo de siete días.

En la región africana, se han notificado brotes previos y casos esporádicos en Angola, Ghana, Kenya, Guinea Ecuatorial, República Democrática del Congo, Rwanda, Sudáfrica y Uganda.

Curso virtual

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.