

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la triquinelosis
- Buenos Aires: Brote de leptospirosis en Coronel Vidal

AMÉRICA

- Canadá: Aumentan en Vancouver los casos graves de shigelosis resistente a antimicrobianos
- Cayman Islands: Primer caso importado de fiebre de Oropouche

- Colombia: Alerta sanitaria en Cauca ante el aumento de casos de rabia

- Estados Unidos: Un brote de listeriosis afecta a 11 personas de cuatro estados

- Estados Unidos: Los casos de coccidioidomicosis aumentaron 42% en Arizona

- México: Clausuraron cuatro clínicas particulares en Tabasco por casos de meningitis

EL MUNDO

- España: Notificaron un caso de hantaviriosis en Catalunya

- Filipinas: Disminuyen los casos de dengue en las últimas semanas, pero el total anual aumentó 81%

- Italia: Infección humana por *Ehrlichia canis* en Salerno

- Kenia: Situación epidemiológica del sarampión

- Pakistán: Reportaron tres nuevos casos de infección por poliovirus salvaje

- Togo: Situación epidemiológica del cólera

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN

Patrocinador



Adherentes



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.

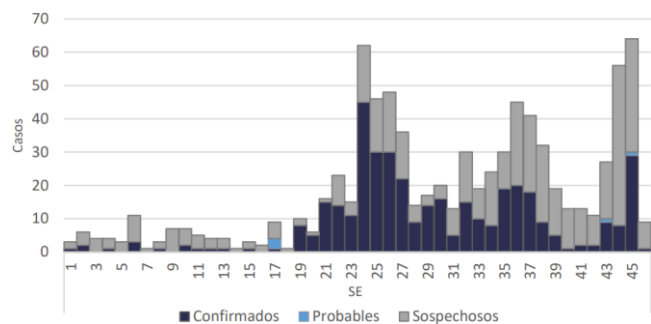
En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 46, se registraron en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 853 casos sospechosos, de los cuales 395 fueron confirmados, cinco son probables, 16 fueron descartados y los 437 restantes permanecen como sospechosos, muchos de ellos asociados a brotes en curso en investigación.

Este año, se observó un aumento en los casos confirmados a partir de la SE 19, con un pico de 45 casos en la SE 24, para luego descender hasta la SE 39. En la SE 43 se observa un nuevo aumento de los confirmados, coincidiendo con un aumento de las sospechas.

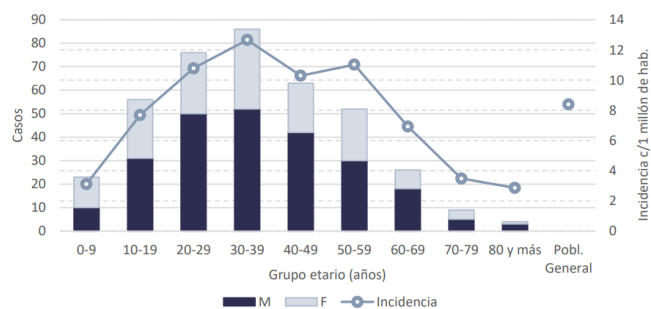
De los 395 casos confirmados, 61% correspondió al sexo masculino, y el 39% restante al sexo femenino. La mediana de edad de los casos confirmados es de 35 años (rango de 2 a 87 años); el grupo etario de 20 a 49 años concentra 57% de los casos (225). Los grupos de 30-39 y 50-59 presentan las incidencias acumuladas más altas, con 12,7 y 11 casos confirmados cada millón de habitantes, respectivamente. Los grupos de 20 a 59 años superan la tasa de la población general, siendo esta última hasta el momento de 8,4 casos confirmados cada millón de habitantes.

De los 395 confirmados para el período, 303 (76,7%) ocurrieron en la región Centro, en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. La región Cuyo reportó 80 casos (20,3%), seguida por la región Noroeste Argentino (NOA) con 10 casos (2,5%). Los dos casos restantes (0,5%) fueron reportados por la región Sur.

De los 395 casos confirmados para el período analizado, 151 (38,2%) tenían consignado al menos un antecedente epidemiológico. De estos, 127 (84,1%) registraban consumo de chacinados embutidos o no embutidos, y 44 (29,1%) registraban consumo de carne de cerdo. Por otro lado, 21 casos (13,9%) consignaban antecedente de consumo de alimento de fuente común con otro caso de triquinosis.



Casos confirmados, probables y sospechosos de triquinosis. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 46. Fuente: Coordinación de Zoonosis, Ministerio de Salud de Argentina. (n=837).



Casos confirmados de triquinosis e incidencia acumulada cada millón de habitantes, según sexo y grupo etario. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 46. Fuente: Coordinación de Zoonosis, Ministerio de Salud de Argentina. (n=395).

Provincia/Región	Confirmados	Probables	Descartados	Sospechosos	Notificados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	6	6
Buenos Aires	138	3	3	162	306
Córdoba	88	2	—	165	255
Entre Ríos	—	—	1	5	6
Santa Fe	77	—	8	39	124
Centro	303	5	12	377	697
Mendoza	76	—	1	33	110
San Juan	—	—	—	3	3
San Luis	4	—	1	15	20
Cuyo	80	—	2	51	133
Catamarca	1	—	—	—	1
Santiago del Estero	9	—	—	1	10
Noroeste Argentino	10	—	—	1	11
La Pampa	—	—	—	3	3
Neuquén	—	—	2	3	5
Río Negro	—	—	—	1	1
Santa Cruz	2	—	—	1	3
Sur	2	—	2	8	12
Total Argentina	395	5	16	437	853

Casos notificados de triquinosis, según clasificación y jurisdicción. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 46. Fuente: Coordinación de Zoonosis, Ministerio de Salud de Argentina.

En 2024, hasta la SE 46, se notificaron 23 brotes de triquinosis, en las provincias de Córdoba (11 brotes), Buenos Aires (6), Mendoza (3), Santa Fe (2) y Santiago del Estero (1).

La triquinosis es una zoonosis parasitaria causada por las larvas y parásitos adultos de nematodos del género *Trichinella*, que afecta al ser humano, mamíferos domésticos, silvestres, aves y reptiles. Se transmite a las personas de modo accidental por la ingestión de carne o derivados cárnicos crudos o mal cocidos que contienen larvas musculares viables de *Trichinella* spp. En Argentina, la principal fuente de infección para el ser humano es el cerdo, aunque también existen otras, como el jabalí (*Sus scrofa*) o el puma (*Puma concolor*). La modalidad de presentación de la triquinosis es en forma de brotes en las personas y de focos en los porcinos. Por lo general, los brotes se han asociado a cerdos en deficientes condiciones sanitarias de crianza y ausencia de controles en la faena.

El tratamiento temprano e inmediato de las personas expuestas disminuye la probabilidad de desarrollo de las formas graves de la enfermedad y, por otro lado, el decomiso de los alimentos posiblemente contaminados previene el riesgo de enfermar de la población general.

Los casos y brotes de triquinosis constituyen eventos de notificación obligatoria, según la Resolución 1.715/2007 que actualiza las Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria en el marco de la Ley 15.465. La estrategia de vigilancia es universal clínica, de laboratorio e investigación epidemiológica, con una modalidad individual y periodicidad inmediata. Los brotes se notifican mediante un formulario de notificación de brotes.

La Secretaría de Salud del partido de Mar Chiquita confirmó en las últimas horas cinco nuevos casos positivos de leptospirosis en Coronel Vidal, que se suman a los 25 registrados a principio de noviembre.

La Secretaría de Salud dio a conocer los nuevos resultados de los exámenes realizados a muestras de residentes de la localidad de Coronel Vidal para determinar el alcance del brote detectado semanas atrás.

Las extracciones de sangre se realizaron mayoritariamente en la denominada zona 0, el barrio Olga Albarracín de la localidad cabecera del partido de Mar Chiquita.

Allí, a principios de noviembre, se detectó leptospirosis en una decena de perros examinados y la situación derivó a mayores: una niña de 2 años de ese barrio perdió la vida y la justicia investiga la causa después de que su madre denunciara mala praxis en la atención sanitaria de la comuna.

Respecto del último reporte sobre la situación epidemiológica en Coronel Vidal, el gobierno municipal detalló que, de 221 análisis en busca de leptospirosis, 30 dieron positivo y 183 negativo. Asimismo, hubo ocho muestras con resultado indeterminado, las cuales serán examinadas nuevamente.

De los casos positivos, 24 residen en el barrio Olga Albarracín. Al igual que las personas que arrojaron resultados indeterminados y su grupo familiar habitacional, todos se encuentran con tratamiento farmacológico y con abordaje y seguimiento epidemiológico.

Clinical
Infectious
Diseases

CANADÁ

AUMENTAN EN VANCOUVER LOS CASOS GRAVES DE
SHIGELOSIS RESISTENTE A ANTIMICROBIANOS

21/11/2024

Un reciente [estudio](#) en Vancouver encontró un aumento en los casos graves de shigelosis resistente a múltiples fármacos (MDR) y un cambio en la demografía de los pacientes.

Para el estudio, se realizó una revisión retrospectiva de 163 pacientes diagnosticados con infecciones por *Shigella sonnei* entre 2015 y 2022. Con base en los cambios observados clínicamente en las poblaciones afectadas (desde hombres que tienen sexo con hombres [HSH] hasta personas sin hogar [PSH]) y los cambios en los patrones de susceptibilidad a los antimicrobianos, estratificaron a los pacientes-caso en dos períodos: el período histórico (2015 a 2020) y el período reciente (2021 a 2022). La shigelosis grave se definió como la que incluía hospitalización, bacteriemia o muerte.

En total, hubo 50 casos de pacientes en el período histórico y 113 en el período reciente, y la tasa de infección aumentó de 8,3 a 56,5 casos por año. Una revisión de la demografía de los pacientes reveló que 98% de las infecciones por *S. sonnei* durante el período histórico se dieron en HSH, mientras que 77% de las infecciones en el período reciente se produjeron en PSH. Se observó un aumento significativo de los casos graves de shigelosis en el período reciente en comparación con el período histórico (61% frente a 14%).

Mayor resistencia a los agentes de primera y segunda línea

La susceptibilidad de *S. sonnei* a los antibióticos orales también disminuyó significativamente durante el período reciente. La MDR estuvo presente en solo 11 (22%) de los aislamientos históricos, en comparación con 109 (96%) del período reciente. La secuenciación del genoma completo de los aislamientos del período reciente reveló la aparición de un clon dominante de *S. sonnei* MDR, 3.6.1.1.2, con resistencia a todos los agentes de primera y segunda línea, pero susceptibilidad a la ceftriaxona.

Shigella se transmite por vía oral-fecal, a través de fómites, alimentos y agua contaminados, o por contacto directo de persona a persona. Aunque la transmisión sexual está bien establecida en HSH, la transmisión entre los HSP en Vancouver probablemente se esté produciendo tras la exposición a superficies ambientales y manos contaminadas con heces. En Seattle se ha observado un cambio similar en la demografía de los pacientes, impulsado por factores similares y la superposición de las dos poblaciones.

La introducción de *Shigella* en entornos de convivencia colectiva (refugios, albergues sociales, etc.) entre PSH con acceso limitado a la higiene y el saneamiento probablemente creó condiciones favorables para su transmisión generalizada.

Los factores del huésped, como la desnutrición, los antecedentes de abuso de sustancias y los problemas de salud asociados, probablemente contribuyeron a aumentar la gravedad de las infecciones en las PSH.

Entre las posibles intervenciones para reducir la shigelosis en PSH se incluyen mejores condiciones sanitarias y lavado de manos, mejor acceso a instalaciones de higiene, mejor nutrición y, eventualmente, vacunación contra *Shigella*.

El Ministerio de Salud y Bienestar confirmó la detección del primer caso importado de fiebre de Oropouche en Cayman Islands y llamó a la comunidad a protegerse contra las enfermedades transmitidas por vectores.

El virus de Oropouche, que ha sido reportado en varios países de América del Sur y el Caribe, se transmite a los humanos a través de la picadura del jején *Culicoides paraensis*, o de mosquitos *Culex*.

La Unidad de Investigación y Control de Mosquitos (MRCU) del Ministerio de Salud y Bienestar y la Autoridad de Servicios de Salud (HSA), aseguraron en un comunicado conjunto que no existe transmisión comunitaria de la fiebre de Oropouche.

Sin embargo, dijeron que hubo un caso importado de fiebre, así como “varios casos importados de dengue este año”.

No se han publicado más detalles sobre los países a los que habían viajado las personas afectadas antes de llegar a Cayman Islands.

Sin embargo, el director médico, el Dr. Nick Gent, dijo: “Las enfermedades transmitidas por vectores son un recordatorio de lo conectados que estamos como región. Si nos mantenemos alerta y tomamos precauciones sencillas, podemos protegernos a nosotros mismos y a nuestra comunidad de los riesgos que plantean estas enfermedades”.

El Ministerio de Salud de Panamá reportó el primer caso humano de fiebre de Oropouche en el país, según informó el ministerio caimanés.

“El caso no tenía antecedentes de viajes internacionales y, por lo tanto, sugiere transmisión local. Este año, también se han notificado brotes de fiebre de Oropouche en Brasil, Bolivia, Colombia, Perú y Cuba. Esto subraya la importancia de la concienciación pública y las medidas preventivas”, añade el comunicado.

En 2024 también hubo casos de transmisión local de fiebre de Oropouche en Guyana y República Dominicana.

La MRCU dijo que sigue siendo “proactiva” en el control de las poblaciones de mosquitos y en la reducción del riesgo de transmisión de enfermedades.

“Si se identifica un caso autóctono, se tomarán medidas rápidas para prevenir la propagación en la comunidad mediante medidas de vigilancia y control específicas”, señala el comunicado.

Dado que Cayman Islands tiene vuelos directos a los países afectados, incluidos Panamá y Cuba, el riesgo de casos importados aumenta.

Rachel Corbett, epidemióloga nacional del Ministerio de Salud, dijo que la detección temprana es “esencial para prevenir casos”.

“Los viajeros que llegan de regiones afectadas como Cuba y Panamá deben implementar medidas de protección personal y, al regresar, deben vigilar los síntomas y buscar atención médica de inmediato si presentan fiebre, sarpullido u otros signos de enfermedad”, reza el comunicado.

El comunicado aseguró que Cayman Islands “están bien preparadas para abordar las enfermedades transmitidas por vectores, gracias a la estrecha colaboración entre la MRCU, el Ministerio de Salud y la HSA”.

Estas agencias, dijo, trabajan juntas para realizar vigilancia, proporcionar pruebas e implementar medidas específicas de control de mosquitos.

“Nuestra capacidad para realizar pruebas locales para detectar los virus Oropouche y Dengue garantiza un diagnóstico oportuno y una respuesta rápida de salud pública”, dijo Jonathan Smellie, gerente del Laboratorio de Biología Molecular de Cayman Islands.

La declaración de varias agencias instó al público a tomar precauciones contra las enfermedades transmitidas por vectores, tras los informes regionales sobre una mayor propagación de los virus.

Carlos Peçanha, investigador principal de la MRCU, añadió que las enfermedades transmitidas por vectores “no reconocen fronteras. Nuestro éxito depende de un esfuerzo de toda la comunidad, desde el control de los criaderos de mosquitos hasta el uso de medidas de protección personal”.

El departamento del Cauca enfrenta una grave emergencia sanitaria tras el aumento significativo de casos de rabia en humanos y animales durante 2024. Según la Secretaría de Salud Departamental, en lo que va del año se han reportado 12 casos confirmados en humanos, el número más alto en una década, además de decenas de casos en perros y gatos en municipios como Popayán, Piendamó, Santander de Quilichao y El Tambo.

Este repunte está generando temor en las comunidades, especialmente en zonas rurales, donde el acceso a servicios de salud es limitado y la vacunación de mascotas es insuficiente.

Una amenaza mortal

La rabia es una enfermedad viral que afecta el sistema nervioso central y, una vez que los síntomas se desarrollan, es prácticamente mortal tanto en humanos como en animales.

Los expertos advierten que el aumento de casos podría estar relacionado con la falta de vacunación, ya que solo 50% de los perros y gatos en el departamento han sido vacunados contra la enfermedad.

Las poblaciones rurales son las más vulnerables a la enfermedad, debido a que, en estas áreas, el acceso a atención médica y vacunas es limitado.

En algunos municipios, los brotes podrían estar relacionados con las mordeduras de murciélagos infectados.

“La rabia es 100% prevenible si se toman las medidas adecuadas, pero el descuido en la vacunación está poniendo en riesgo a toda la población”, advirtió la epidemióloga Clara López, de la Secretaría de Salud.

Municipios en alerta roja

Los casos de rabia se concentran principalmente en:

- Popayán: Se confirmaron tres casos en humanos y varios animales infectados.
- Santander de Quilichao: Un brote en perros no vacunados generó alarma en el casco urbano.
- El Tambo: Comunidades rurales reportaron ataques de murciélagos a animales domésticos.
- Piendamó: Las autoridades detectaron casos en gatos que posteriormente transmitieron la enfermedad a personas.

La Secretaría de Salud declaró la alerta roja en estos municipios e instó a la población a buscar atención médica inmediata si sufren mordeduras de animales.

Acciones del gobierno

Frente a la emergencia, las autoridades locales lanzaron una campaña de vacunación masiva para perros y gatos en las zonas afectadas. Sin embargo, las comunidades denuncian la falta de personal y recursos para cubrir las áreas más alejadas del departamento.

Además, se están realizando jornadas de educación comunitaria para enseñar a las personas cómo identificar los síntomas de rabia en animales y qué hacer en caso de contacto.

Recomendaciones

Las autoridades emitieron una serie de recomendaciones para prevenir la propagación de la enfermedad:

- Llevar a perros y gatos a los puntos de vacunación habilitados.
- Evitar el contacto con animales callejeros o silvestres, en especial murciélagos o zorros.
- Si alguien es mordido por un animal, debe lavar la herida con abundante agua y jabón, y acudir de manera urgente al centro de salud más cercano para recibir tratamiento.
- Informar a las autoridades sobre animales que presenten comportamientos agresivos o inusuales.

Un llamado a la prevención

El aumento de casos de rabia en el Cauca evidencia la necesidad de fortalecer las campañas de vacunación y la conciencia ciudadana sobre esta enfermedad mortal pero prevenible.

La comunidad juega un papel clave al reportar animales sospechosos y garantizar que sus mascotas estén al día con las vacunas. Salvar vidas depende de un esfuerzo conjunto entre las autoridades y los ciudadanos.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), funcionarios de salud pública y reguladores de varios estados y el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) del Servicio de Inocuidad e Inspección de los Alimentos (FSIS) están recopilando diversos tipos de datos para investigar un brote multietatal de infecciones por *Listeria monocytogenes*.

Los datos epidemiológicos y de rastreo muestran que los productos cárnicos y avícolas listos para el consumo distribuidos por Yu Shang Food están contaminadas con *L. monocytogenes* y estar enfermando a las personas.

Hasta el 22 de noviembre, se ha reportado un total de 11 personas infectadas con la cepa del brote de *L. monocytogenes* en cuatro estados: California (7 casos), Illinois (2), New Jersey (1) y New York (1).

Se recogieron muestras de personas enfermas entre el 24 de octubre de 2021 y el 31 de julio de 2024. De las 11 personas con información disponible, nueve fueron hospitalizadas. En California, una persona embarazada y sus gemelos enfermaron y ambos bebés murieron. Se encontró *L. monocytogenes* en una muestra de la madre y de uno de los gemelos, pero no se pudo encontrar en una muestra del otro bebé. Debido a esto, solo la madre y un gemelo están incluidos como casos confirmados en este brote. Se notificó otro caso de listeriosis en un bebé que estuvo enfermo y se recuperó.

Es probable que la cantidad real de personas enfermas en este brote sea mucho mayor que la cantidad informada, y es posible que el brote no se limite a los estados que notificaron casos. Esto se debe a que muchas personas se recuperan sin atención médica y no se les realizan pruebas para detectar la presencia de *L. monocytogenes*. Además, es posible que aún no se hayan informado casos recientes de enfermedad, ya que generalmente se necesitan de tres a cuatro semanas para determinar si una persona enferma forma parte de un brote.

Los funcionarios de salud pública recopilan distintos tipos de información de las personas enfermas, como su edad, raza, etnia, otros datos demográficos y los alimentos que consumieron durante la semana anterior a enfermarse. Esta información proporciona pistas para ayudar a los investigadores a identificar el origen del brote.

La información obtenida de los casos incluidos en este brote es la siguiente:

- Edad: media de 64 años; rango de 1 a 86 años.
- Sexo: 6 mujeres (54,5%); 5 hombres (45,5%).
- Raza: 11 asiáticos (100,0%).
- Etnicidad: 11 no hispanos (100,0%).

Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a las personas sobre los alimentos que consumieron durante el mes previo a enfermarse. Las personas entrevistadas



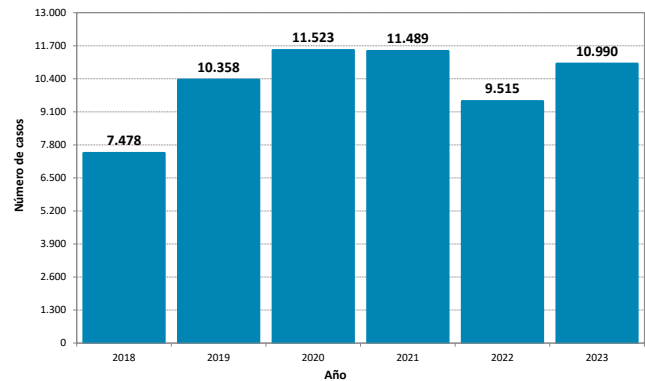
informaron haber comprado sus alimentos en varias tiendas. De las ocho personas entrevistadas, siete compraron en persona y en línea en mercados donde se venden productos Yu Shang. Dos personas (25%) informaron específicamente haber consumido productos de pollo listos para el consumo de la marca Yu Shang.

La secuenciación del genoma completo mostró que las bacterias de las muestras de personas enfermas están estrechamente relacionadas genéticamente. Esto sugiere que las personas en este brote se enfermaron por el mismo alimento.

El 21 de octubre, el FSIS realizó pruebas de rutina y actividades de seguimiento del producto terminado de Yu Shang Food. Las pruebas confirmaron que el producto estaba contaminado con *L. monocytogenes*. La secuenciación del genoma completo mostró que las bacterias presentes en el producto de hocico de cerdo están estrechamente relacionadas con las bacterias de las personas enfermas. Esto significa que es probable que las personas se hayan enfermado por consumir alimentos producidos por Yu Shang Food.

El 9 de noviembre de 2024, Yu Shang Food retiró del mercado productos cárnicos y avícolas listos para el consumo. El 21 de noviembre, Yu Shang Food amplió su retiro. Los CDC recomiendan a las personas no consumir, vender ni servir los productos retirados del mercado.

La coccidioidomycosis es una infección de los pulmones causada por un hongo – *Coccidioides immitis* o *Coccidioides posadasii*– que crece en el suelo en Arizona, las partes sur y central de California y partes de Nevada, New México, Texas y Utah. El hongo también se encontró recientemente en el centro-sur de Washington. La coccidioidomycosis también se registra en partes de México, América Central y América del Sur.



Casos confirmados de coccidioidomycosis. Arizona. Años 2018/2023.
Fuente: Departamento de Servicios de Salud de Arizona.

Los funcionarios de salud de Arizona informaron un aumento de casos de coccidioidomycosis en lo que va del año 2024. Hasta el 16 de noviembre, se han notificado 12.522 casos. Se trata de un aumento de 42% en comparación con el mismo período de 2023, cuando se notificaron 8.841 casos.

Esta cifra es más alta que cualquiera de los últimos cinco años, cuando falta un mes y medio para que finalice 2024.

También se ha informado de un aumento a nivel nacional en Estados Unidos: de 16.746 casos notificados hasta la fecha el año pasado a 22.244 casos notificados hoy (un aumento de 33%).

Según el Departamento de Servicios de Salud de Arizona, cualquier persona que viva, visite o viaje por las zonas donde el hongo crece en el suelo puede contraer la coccidioidomycosis. Las personas que trabajan en determinadas ocupaciones, como la construcción, la excavación, la agricultura, las excavaciones arqueológicas y otras ocupaciones que alteran el suelo en zonas endémicas, pueden tener un mayor riesgo de exposición. El personal militar que se entrena en estas zonas también corre riesgo. Las personas que realizan actividades recreativas, como andar en bicicleta o conducir vehículos todo terreno o con tracción en las cuatro ruedas en el desierto, pueden tener un mayor riesgo. Varios animales domésticos, como perros y caballos, así como animales salvajes, también son susceptibles.

La Secretaría de Salud clausuró cuatro clínicas particulares y una más de manera parcial en los municipios de Cárdenas y Huimanguillo, pertenecientes a Tabasco, por casos de meningitis.

Además, activó protocolos de alerta y atención médica en todos los hospitales públicos y privados de la región.

La dependencia informó que, tras confirmar la entrada en fase de alerta por casos probables de neuroinfección, envió algoritmos a los hospitales para detectar síntomas y actuar conforme a los protocolos sanitarios.

El comunicado sobre la clausura de las clínicas, donde se detectaron los casos desde el 6 de noviembre, fue emitido el 21 de noviembre.

La Secretaría de Salud estatal detalló que el primer caso fue reportado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Hasta la fecha, se han registrado seis casos, todos correspondientes a mujeres de entre 25 y 44 años de edad, quienes habían recibido atención en clínicas privadas de los municipios mencionados.

En cuanto a las personas contagiadas, la dependencia precisó que cinco de ellas fueron trasladadas al Hospital Regional de Alta Especialidad 'Dr. Juan Graham Casasús', donde permanecen bajo vigilancia permanente.

De manera extraoficial, se dio a conocer que una mujer, quien adquirió la bacteria durante el parto en una de las clínicas particulares, perdió la vida.

De acuerdo con el boletín epidemiológico más reciente, se han registrado 24 casos acumulados de meningitis meningocócica en todo el país en lo que va del año.

Hasta el momento, la Secretaría de Salud de Tabasco afirmó que se mantiene la vigilancia epidemiológica en todos los hospitales, y que los cultivos de las muestras tomadas están siendo analizados por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE).



La etiología de este brote nosocomial de meningitis no ha sido establecida; sin embargo, los datos disponibles sugieren una situación similar a la observada en el estado de Tamaulipas el pasado año, cuando se describió un extenso brote de meningitis por *Fusarium solani*, con 20 casos de pacientes que habían sido sometidos a procedimientos quirúrgicos en los cuales se empleó un lote contaminado de anestésico administrado por vía peridural.

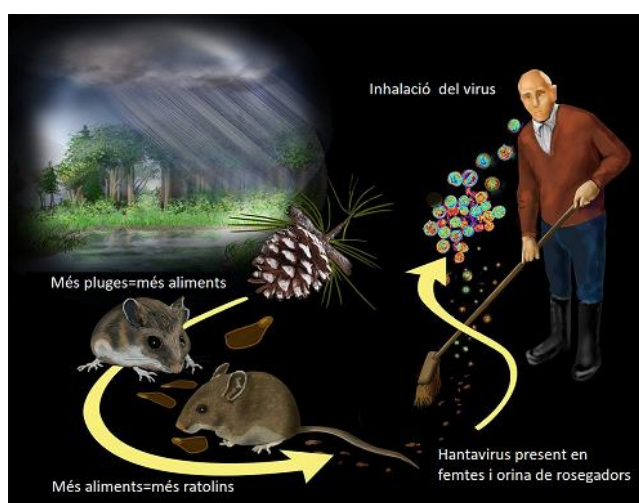
A principios de noviembre de 2024 se notificó al Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Respuesta a Emergencias de Salud Pública en Catalunya Central un caso autóctono confirmado de hantavirus.

El paciente, residente en una zona rural de Berguedà, inició síntomas a mediados de septiembre. A principios de octubre requirió ingreso hospitalario con soporte de una unidad de cuidados intensivos. Durante el ingreso se recogieron muestras para la identificación del agente etiológico, y a principios de noviembre se confirmó el resultado positivo para hantavirus en las muestras enviadas y procesadas al Centro Nacional de Microbiología. El mismo día se notificó al Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Respuesta a Emergencias de Salud Pública en Catalunya Central y se iniciaron las actuaciones de vigilancia y control de la enfermedad. El paciente fue dado de alta con buena evolución.

Los roedores como el topillo (*Microtus arvalis*) y el ratón de campo (*Apodemus sylvaticus*) son el reservorio del hantavirus. Los casos en humanos son más frecuentes en primavera y verano, coincidiendo con las estaciones de mayor actividad de los roedores. En estos períodos los roedores proliferan y, en otoño invaden los asentamientos humanos aumentando el riesgo de transmisión. No se han descrito casos de infección por este virus en animales de renta herbívoros, como vacuno, ovino, caprino y equino.

Los roedores infectados excretan el hantavirus en su orina, heces y saliva 5-6 días después de haberse infectado. Esta excreción dura unos dos meses aproximadamente durante los cuales pueden transmitir el virus. La infección en humanos se produce principalmente mediante la inhalación de aerosoles o polvo contaminados por las heces de los roedores, por lo que los sitios infestados son lugares de riesgo de contagio. No se conoce transmisión de persona a persona por los hantavirus europeos, por tanto, no es necesario el aislamiento de la persona infectada. Tampoco se conocen vectores artrópodos para los hantavirus.

Ocupaciones como trabajadores forestales, agricultores, ganaderos y veterinarios tienen mayor riesgo de exposición.



Actividades de respuesta

La Agencia de Salud Pública de Catalunya ha iniciado diversas actuaciones de vigilancia y control de la enfermedad, incluyendo:

- Identificación de las posibles áreas de riesgo.
- Identificación de personas posiblemente expuestas.
- Vigilancia activa en los centros sanitarios de la región para la búsqueda prospectiva y retrospectiva de casos sospechosos.
- Información y coordinación de la respuesta con el Departamento de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación, así como con el ámbito local.
- Implementación de medidas de protección de la salud en el entorno cercano al caso para evitar la extensión del virus.
- El paciente carece de antecedentes conocidos de viaje, por lo que se considera un caso de probable transmisión autóctona. Se han identificado los entornos en los que los roedores pueden generar nidos y contaminar la zona. Se han realizado actuaciones de control sanitario y se han indicado acciones de limpieza y desinfección. Actualmente, no se han detectado más casos ni expuestos.

Recomendaciones de salud pública

La mejor manera de prevenir la infección es eliminar o minimizar el contacto con zonas pobladas por roedores que puedan estar infectados por hantavirus. Es básico eliminar las heces de roedores de zonas frecuentadas por personas.

Se deben limpiar con desinfectantes todas las zonas que puedan estar contaminadas por las excreciones de los roedores. Buena ventilación de la zona. Los trabajadores deben utilizar barbijo, guantes, gafas y otras medidas de autoprotección. Además, es esencial que lleven ropa fácil de quitar y de lavar una vez finalizada la tarea. También hay que evitar la generación de polvo en el aire al limpiar, mojando el polvo y la suciedad con detergente o desinfectante para reducir la generación de aerosoles al barrer. Dado que el virus permanece infeccioso fuera del roedor durante un período largo, el riesgo de infección puede persistir después de haber eliminado los roedores si la limpieza no se ha realizado correctamente.

Por otra parte, se debe prevenir el ingreso de roedores en dependencias o espacios sensibles (almacenes de alimentos, piensos o paja) con cierres adecuados e identificar y eliminar las madrigueras de roedores cerca de las casas. Si la densidad de roedores es especialmente alta, puede ser necesario el cebo y la captura. No está recomendado llevar roedores salvajes a los hogares como mascotas o cuidarlos si se encuentran enfermos o heridos.

Evaluación del riesgo de transmisión

El riesgo de transmisión en la zona afectada es muy bajo a nivel poblacional. Para las personas que ejercen profesiones de riesgo en la zona concreta que puede estar contaminada, el riesgo puede considerarse bajo.

Las manifestaciones clínicas de la hantaviriosis son bastante variables, desde formas asintomáticas hasta graves en algunos casos. El período de incubación es relativamente largo, de dos a tres semanas, pero puede llegar a ser de hasta seis semanas. Los pacientes sintomáticos presentan fiebre elevada, dolor de cabeza, a menudo muy intenso, alteraciones de la coagulación y dolores abdominales y de espalda. El cuadro inicial puede evolucionar en cuadros hemorrágicos con afectación principalmente renal o cardiopulmonar de mayor gravedad. No existe ningún tratamiento para la infección por hantavirus ni ninguna vacuna para evitar el contagio.



El Departamento de Salud de Filipinas informó una disminución en los casos de dengue en las últimas semanas, registrando 17.033 casos entre el 20 de octubre y el 2 de noviembre de 2024, es decir, 17% menos en comparación con los 20.498 casos registrados del 6 al 19 de octubre de 2024.

Sin embargo, los funcionarios informaron un total anual de 81% hasta la fecha, reportando 340.860 casos en todo el país hasta el 16 de noviembre, frente a los 188.574 casos registrados durante el mismo período en 2023.

Respecto al número de muertes por dengue, hasta la fecha se contabilizan 881, para una tasa de letalidad de 0,26%.

El Secretario de Salud de Filipinas, Teodoro Javier Herbosa, instó a la población a estar alerta, especialmente a los afectados por las inundaciones provocadas por seis tifones: Kristine, Leon, Marce, Nika, Ofel y Pepito, que azotaron el país en octubre y noviembre.

Un reciente [estudio](#) reporta un caso de erliquiosis humana causada por *Ehrlichia canis* en un paciente de Italia, lo que indica el riesgo de infección no convencional transmitida por garrapatas en humanos que participan en actividades al aire libre en áreas rurales del país.

En agosto de 2023, un paciente masculino de 42 años fue derivado al Instituto Zooprofiláctico Experimental del Sur de Italia con una garrapata adherida al cuello. El paciente había notado la garrapata 48 horas después de una caminata en una zona rural de la provincia de Salerno, región de Campania, sur de Italia. La garrapata fue retirada con pinzas de punta fina, se revisó la piel del paciente para ver si tenía otras garrapatas y se recolectó una muestra de sangre de 7 ml de su vena cefálica.

La garrapata extraída del paciente fue identificada como una hembra ingurgitada de *Haemaphysalis punctata*. Según las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), la garrapata y la sangre del paciente dieron positivo para *E. canis*.

Tres días después de la primera visita, el paciente se quejó de síntomas leves –fiebre de 38°C, dolor de cabeza, dolor muscular y malestar– que se curaron espontáneamente en una semana, sin tratamiento farmacológico antimicrobiano.

Los datos sugieren que *E. canis* puede infectar a personas picadas por garrapatas *H. punctata* en Europa, lo que puede representar un riesgo potencial para las personas que participan en actividades al aire libre (por ejemplo, senderismo), donde esas garrapatas se encuentran comúnmente en la vegetación desde la primavera hasta el otoño en el sur de Italia. El hallazgo de ADN de *E. canis* en la garrapata extraída del paciente indica la posible participación de la garrapata *H. punctata* en la transmisión del patógeno. Aunque no hay evidencia experimental disponible de la competencia de esta especie de garrapata para transmitir *E. canis*, la evidencia circunstancial sugiere su participación como vector. Por ejemplo, en el sur de Italia, las garrapatas *H. punctata* parasitan a los humanos y albergan ADN de *E. canis*.

Ehrlichia canis (orden Rickettsiales, familia Anaplasmataceae) es el agente causal de la erliquiosis monocítica canina y puede ser transmitida incidentalmente por la garrapata parda del perro (*Rhipicephalus sanguineus* sensu lato) a una gran cantidad de huéspedes mamíferos, incluidos gatos y humanos. En humanos, se han reportado ocasionalmente infecciones asintomáticas o paucisintomáticas en Estados Unidos, Venezuela y Costa Rica. A pesar de que el riesgo es relativamente bajo, las personas que viven o visitan entornos donde las garrapatas y *E. canis* son prevalentes en perros pueden potencialmente estar en riesgo de infección.

En Kenya se han notificado casos de sarampión anualmente y el brote actual, que comenzó a principios de 2024, ha afectado a 17 condados, de los cuales 11 siguen notificando transmisión activa.

En la semana epidemiológica 44 de 2024, la situación destaca la transmisión en curso en varios condados, con 69 casos notificados en puntos críticos: Kajiado Central (50 casos), Westlands (6), Kamukunji (4), Embakasi Central (3), Laikipia North (3) y Narok Central (3).

En total, se han registrado 2.714 casos desde el comienzo del brote en la primera semana de enero de 2024 hasta el 3 de noviembre, con 294 confirmados mediante pruebas de laboratorio y 18 muertes (tasa de letalidad de 0,7%).

Garissa es el condado más afectado, con 1.068 casos (39,4% del total de casos nacional) y una muerte (tasa de letalidad de 0,1). Turkana sigue con 726 casos (26,8%) y 11 muertes (tasa de letalidad de 1,5), lo que lo convierte en el segundo condado con mayor tasa de letalidad. Mandera registró 233 casos (8,6%) y una muerte (tasa de letalidad de 0,4), Kajiado 228 casos (8,4%) con una muerte (tasa de letalidad de 0,4%) y Marsabit 173 casos (6,4%) y cuatro muertes, lo que lo convierte en el condado con la tasa de letalidad más alta, de 2,3%.

Mombasa informó 59 casos (2,2%) sin muertes. Samburu, Wajir y Kwale registraron cada uno menos de 2,0% del total nacional, sin muertes. Los condados restantes afectados, Laikipia, Tana River, Kilifi, Meru, Isiolo, Nairobi, Taita Taveta y Narok, registraron menos de 1% de los casos acumulados y ninguna muerte.

Medidas de salud pública

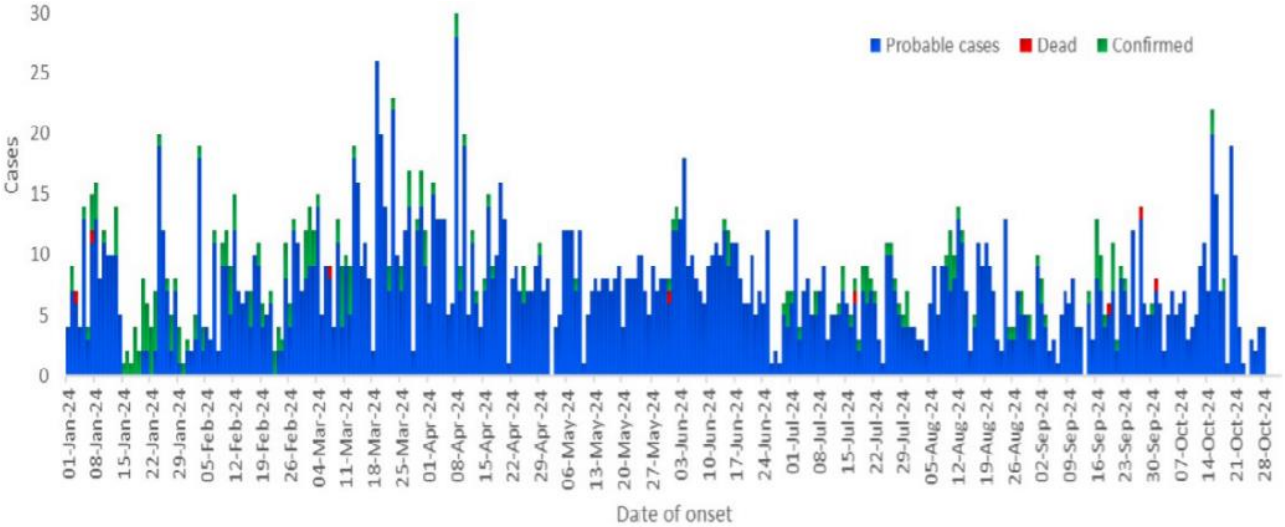
Las autoridades sanitarias de Kenya, en colaboración con varios socios, han iniciado varias medidas clave para combatir el brote:

- Se están celebrando reuniones periódicas de coordinación a nivel nacional y subnacional.
- Se está llevando a cabo un seguimiento y tratamiento activos de los casos notificados en los condados afectados.
- Los equipos de vigilancia están elaborando listas de casos confirmados y vinculados epidemiológicamente para orientar la investigación de los casos y controlar la propagación del brote.
- El Ministerio de Salud ha puesto en marcha una campaña de vacunación reactiva a gran escala dirigida a niños de entre 6 meses y 15 años en los subcondados más afectados, con financiación de la Alianza para las Vacunas, dirigida a Dadaab y Mandera Central, y con apoyo de Médicos Sin Fronteras para las comunidades de refugiados y de acogida en Garissa. También se está llevando a cabo una gran campaña nacional de “recuperación” para vacunar a los niños con múltiples antígenos, incluido el sarampión, y se ha planificado una campaña integral contra el sarampión para principios de 2025.
- Se reforzó el uso de las listas de verificación de acciones WASH (agua, saneamiento e higiene) y de prevención y control de infecciones para garantizar que los trabajadores de la

salud y los miembros de la comunidad cumplan con las normas de saneamiento, fundamentales para controlar la propagación del brote.

Interpretación de la situación

El brote actual de sarampión en Kenya presenta un grave desafío para la salud pública, con una transmisión activa que persiste en varios condados. A pesar de los esfuerzos en curso, los nuevos casos ponen de relieve el riesgo continuo de propagación del sarampión, en particular en los condados con una infraestructura sanitaria limitada y una alta densidad de población, como Garissa y Turkana. Las campañas de vacunación han mostrado tasas de cobertura sustanciales; sin embargo, la transmisión comunitaria sostenida, especialmente en las poblaciones de refugiados vulnerables y las regiones remotas, subraya la necesidad de un seguimiento constante de los esfuerzos de inmunización, una mayor conciencia pública e iniciativas específicas de acceso a la atención sanitaria.



Casos notificados de sarampión. Kenya. Año 2024, hasta el 3 de noviembre. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



El Laboratorio de Referencia Regional para la Erradicación de la Poliomieltis del Instituto Nacional de Salud confirmó la detección de tres casos de infección por el poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en Pakistán, lo que eleva el número total de casos en el país este año a 55.

El 23 de noviembre, el laboratorio confirmó dos casos en niñas de los distritos de Dera Ismail Khan y Zhob, y un niño en el distrito de Jaffarabad.

Dera Ismail Khan, uno de los siete distritos endémicos de poliomieltis del sur de Khyber Pakhtunkhwa, reportó seis casos de poliomieltis, mientras que este es el tercer caso este año en Zhob y el segundo en Jaffarabad.

Pakistán está respondiendo a un intenso resurgimiento del WPV1 este año, con 55 casos notificados hasta el momento, en Baluchistán (26 casos), Khyber Pakhtunkhwa (14), Sindh (13), Punjab (1) e Islamabad (1).

La poliomieltis es una enfermedad paralizante que no tiene cura. La administración de múltiples dosis de la vacuna oral contra la enfermedad y la finalización del programa de vacunación de rutina para todos los niños menores de cinco años son esenciales para brindarles una alta inmunidad contra esta enfermedad.

El Programa de Pakistán contra la Poliomieltis lleva a cabo varias campañas de vacunación masiva al año, llevando la vacuna a los niños a sus hogares, mientras que el Programa Ampliado de Inmunización proporciona vacunas gratuitas contra 12 enfermedades infantiles en los centros de salud cada año. Teniendo en cuenta el intenso brote de poliomieltis, es fundamental que los padres aseguren la vacunación de todos sus hijos menores de cinco años para mantenerlos protegidos.

Desde la semana epidemiológica (SE) 33 de 2024, Togo enfrenta un brote de cólera que se está extendiendo geográficamente de forma gradual. De los siete casos sospechosos de cólera, incluida una muerte (tasa de letalidad de 14,3%) notificados en un distrito sanitario (Golfe) en la SE 33 de 2024, el número de casos ha aumentado a 103 casos sospechosos acumulados, incluidas 10 muertes (tasa de letalidad de 9,7%) notificados en cuatro distritos sanitarios (Golfe, Lacs, Agoè-Nyivé, Bas-Mono) a la SE 43. Al 27 de octubre de 2024, la tasa de incidencia acumulada era de 7,47 cada 100.000 habitantes.

La mayoría de los casos sospechosos (92 casos; 89,3%) se notificaron en cuatro distritos; Lacs (47 casos) y Golfe (45 casos), seguidos de Bas-Mono (6 casos) y Agoè-Nyivé (5 casos). Entre los 32 casos que dieron positivo en la prueba de diagnóstico rápido del cólera, se aisló *Vibrio cholerae* mediante cultivo en 29 muestras en el Instituto Nacional de Higiene de Lomé, mientras que se están esperando los resultados del cultivo de tres muestras. Los hombres representan 52,4% del total de casos (54 casos). La edad media es de 25 años, siendo el caso más joven de 2 meses y el mayor de 80 años.

De los 103 casos sospechosos, 92 (89,3%) se detectaron tras una consulta en un centro de salud, mientras que 11 se detectaron en la comunidad. La mayoría de las muertes (70%; 7 de 10) ocurrieron en la comunidad. Casi 67,0% de los casos (69 de 103) fueron hospitalizados, de los cuales 52% (36 casos) fueron diagnosticados con deshidratación grave al ingreso.

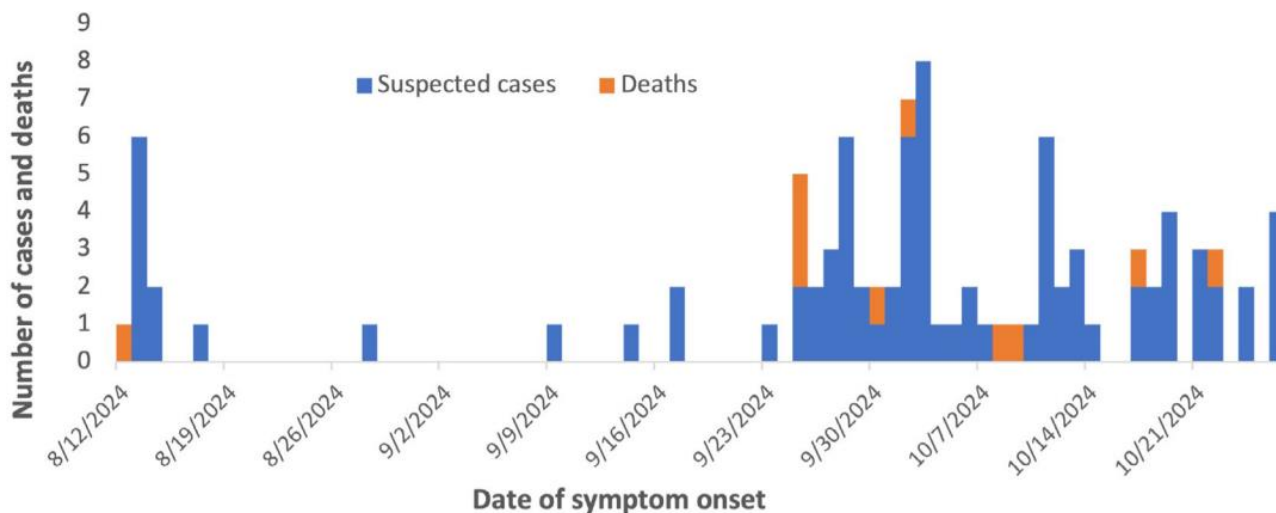
Medidas de salud pública

- El Ministerio de Salud de Togo declaró oficialmente el brote el 2 de octubre de 2024.
- El sistema de gestión de incidentes se activó con el nombramiento de un gestor de incidentes el 3 de octubre de 2024 y la creación de grupos de trabajo técnicos encargados de apoyar la ejecución de las actividades de respuesta con el apoyo de los socios.
- Se está llevando a cabo la gestión clínica de los casos en los centros de tratamiento del cólera designados y la administración de quimioprofilaxis a los contactos.
- Se están llevando a cabo los preparativos para una campaña activa de búsqueda de casos que se combinará con actividades WASH (agua, saneamiento e higiene) en la comunidad.
- Se está llevando a cabo la sensibilización sobre el cólera en la comunidad (escuelas, mercados, iglesias) con el apoyo de los trabajadores sanitarios comunitarios, y se están transmitiendo mensajes clave sobre el cólera a través de las radios locales.
- Se están reforzando las actividades WASH, así como la prevención y el control de infecciones en la comunidad y en los centros de salud (desinfección de lugares públicos y hogares, distribución de pastillas purificadoras de agua, pastillas de cloro, jabones, etc.).

Interpretación de la situación

El brote actual de cólera en Togo es motivo de preocupación, ya que siguen afectándose nuevas zonas. Los esfuerzos actuales de sensibilización de la comunidad han contribuido a aumentar la detección de la enfermedad a nivel de las instalaciones de salud. Es necesario abordar los desafíos logísticos, incluida la escasez de equipos y suministros médicos y de laboratorio

(cloro, camas para el cólera, reactivos de laboratorio, etc.) y las demoras recurrentes en el despacho de aduanas de los suministros de laboratorio.



Casos y muertes notificados de cólera. Togo. Año 2024, hasta el 27 de octubre. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

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 reporteepidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.