



19 DE JULIO  
2024  
REC 2.829

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de brucelosis en bancos de sangre
- En 2023, hubo retrocesos de hasta 40% en las coberturas de vacunación

## AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la fiebre de Oropouche
- Canadá: Brote de listeriosis en Ontario vinculado al consumo de bebidas de origen vegetal

- Estados Unidos: Ya son 14 los casos autóctonos de dengue en florida en lo que va del año
- Estados Unidos: Caso humano de tularemia en Colorado
- Haití: Brote de carbunco con 12 afectados, incluyendo dos muertes

## EL MUNDO

- Corea del Sur: Un brote de norovirus afectó a más de mil personas en la ciudad de Namwon
- Europa: Italia y España reportan seis casos de fiebre de Oropouche en viajeros que regresaron de Cuba

- Palestina: Detectaron el virus de la poliomielitis en aguas residuales de Gaza
- Reino Unido: Disminuyen los casos de infección por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga
- Reino Unido: Escocia registra más de 5.000 casos de tos convulsa en lo que va del año
- Somalia: Alarmante aumento en los casos de cólera
- Sudán: Alerta por brotes de enfermedades en campamentos de desplazados

<b>Comité Editorial</b>	
<b>Editor Honorario</b> ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021) Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.	
<b>Editor en Jefe</b> ÍLIDE SELENE DE LISA	<b>Editores adjuntos</b> RUTH BRITO ENRIQUE FARÍAS
<b>Editores Asociados</b> ISSN 2796-7050	
ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // LOLA VOZZA 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 // EDUARDO SAVIO SERGIO CIMERMAN	

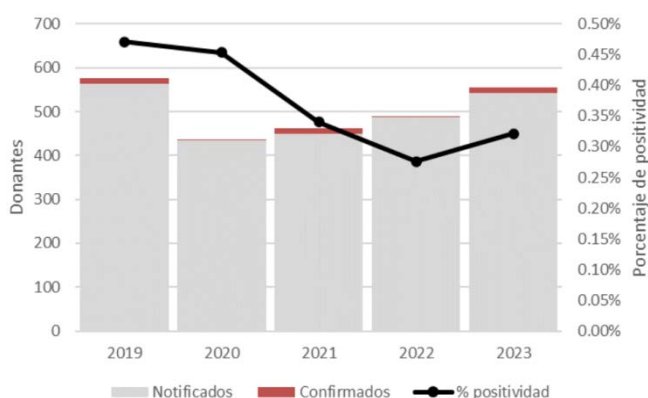
<b>Patrocinador</b>
<p>WWW.SADI.ORG.AR</p>
<b>Adherentes</b>

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

14/07/2024

La notificación de brucelosis en bancos de sangre en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) se realiza con modalidad numérica, donde se registran las pruebas de tamizaje estudiadas en donantes de sangre y la positividad de las mismas por semana epidemiológica (SE). Ante la detección de un donante con pruebas de tamizaje positivas, se deriva para su estudio de manera individual.

El porcentaje de positividad (estrategia de notificación agrupada) osciló entre 0,28% y 0,47%. Entre los años 2019 y 2023, se confirmaron 39 casos detectados en bancos de sangre, con una mediana anual de 11 casos.



Porcentaje de positividad (notificación agrupada) y casos notificados y confirmados (notificación nominal) de brucelosis en bancos de sangre. Argentina. Años 2019/2023. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina.

Provincia/Región	2019		2020		2021		2022		2023	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	35	—	39	1	35	1	39	—	36	—
Buenos Aires	145	1	235	—	226	4	245	1	367	3
Córdoba	9	—	—	—	2	1	2	—	9	1
Entre Ríos	102	—	50	—	13	—	—	—	—	—
Santa Fe	18	3	3	—	—	—	1	—	6	5
<b>Centro</b>	<b>309</b>	<b>4</b>	<b>327</b>	<b>1</b>	<b>276</b>	<b>6</b>	<b>287</b>	<b>1</b>	<b>418</b>	<b>9</b>
Mendoza	32	—	14	—	22	—	3	—	1	1
San Juan	22	—	9	—	3	—	9	—	5	—
San Luis	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Cuyo	54	—	24	—	25	—	13	—	6	1
Chaco	—	—	7	—	1	—	1	1	25	—
Corrientes	1	—	1	—	5	—	—	—	—	—
Formosa	1	—	5	—	2	—	1	—	—	—
Misiones	47	1	10	—	19	—	—	—	1	—
<b>Noreste Argentino</b>	<b>49</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>—</b>	<b>27</b>	<b>—</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>—</b>
Catamarca	52	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jujuy	9	—	3	—	26	—	7	—	9	—
La Rioja	10	—	22	—	—	—	83	—	13	—
Salta	21	—	16	—	27	—	10	—	8	—
Santiago del Estero	7	—	11	—	7	—	5	—	2	—
Tucumán	1	—	1	—	2	—	16	—	11	—
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>100</b>	<b>—</b>	<b>53</b>	<b>—</b>	<b>62</b>	<b>—</b>	<b>121</b>	<b>—</b>	<b>43</b>	<b>—</b>
Chubut	—	—	—	—	1	1	3	—	—	—
La Pampa	17	6	5	—	48	—	56	—	45	—
Neuquén	5	1	2	—	6	5	3	1	1	1
Río Negro	—	—	—	—	3	—	—	—	3	—
Santa Cruz	28	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Tierra del Fuego	2	—	1	—	2	—	—	—	1	—
Sur	52	7	8	—	60	6	62	1	51	1
<b>Total Argentina</b>	<b>564</b>	<b>12</b>	<b>435</b>	<b>1</b>	<b>450</b>	<b>12</b>	<b>485</b>	<b>3</b>	<b>544</b>	<b>11</b>

Brucelosis en bancos de sangre: donantes notificados y confirmados, según jurisdicción. Argentina. Años 2019/2023. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina.

En el año en curso se registra un aumento en las detecciones de brucelosis en donantes de sangre. En 2024, hasta la SE 27, el porcentaje de positividad en la notificación agrupada es de 0,43%, mientras que en la modalidad nominal se estudiaron 215 personas, de las cuales se detectaron 12 casos confirmados, en las provincias de Buenos Aires (4), Santa Fe (4), Entre Ríos (3) y Chaco (1).

---

La salud de las personas, los animales y los ecosistemas está estrechamente interrelacionada. Los cambios en estas relaciones pueden aumentar el riesgo de que aparezcan y se propaguen nuevas enfermedades humanas y animales. Los estrechos vínculos entre la salud humana, animal y ambiental exigen una estrecha colaboración, comunicación y coordinación entre los sectores implicados. “Una salud” es un enfoque integral y unificador cuyo objetivo es equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas. Utiliza los vínculos estrechos e interdependientes que existen entre estos campos para establecer nuevos métodos de vigilancia y control de enfermedades.

La brucelosis es una enfermedad infectocontagiosa de curso crónico que afecta tanto a las personas como a los animales domésticos, la fauna silvestre y los mamíferos marinos. Es una de las zoonosis de mayor difusión en el mundo en seres humanos y animales domésticos. Esta enfermedad es de importancia para la salud pública debido a los costos generados por la incapacidad física que produce en el enfermo y a las pérdidas secundarias ocasionadas por la afectación del ganado y restricciones al comercio internacional. Esto genera pérdidas económicas de importancia, por lo que la brucelosis tiene una gran repercusión mundial.

Es causada por microorganismos del género *Brucella*, un grupo de bacterias intracelulares, inmóviles y de crecimiento lento. Se reconocen distintas especies, algunas de ellas afectan a animales terrestres (*B. abortus*, *B. melitensis*, *B. suis*, *B. ovis*, *B. canis*, *B. neotomae* y *B. microti*) y otras a mamíferos marinos (*B. ceti* y *B. pinnipedialis*). *Brucella abortus*, biovar 1-6 y 9; *B. melitensis*, biovar 1-3; *B. suis*, biovar 1,3-5 y *B. canis* son patógenas en humanos.

El reservorio lo constituyen especies domésticas de producción como el ganado vacuno, porcino, caprino y ovino y también los caninos. A su vez, pueden afectar a animales silvestres (liebres, zorros, comadreas, ciervos, etc.).

Uno de los conceptos claves en materia de salud pública es el que se dio en llamar “efecto rebaño”. Hace referencia a la inmunidad colectiva que se logra cuando una alta proporción de la población está protegida contra una enfermedad infecciosa. Si una gran mayoría es inmune, disminuye la probabilidad de que una persona susceptible entre en contacto con una infectada, de modo que se reduce la propagación del patógeno y esto no solo protege a los individuos inmunizados (en forma natural o por medio de vacunas), sino también a aquellos que no lo están por distintas razones; porque tienen comorbilidades, son alérgicos o son muy pequeños para ser vacunados, entre otras.



Las metas de vacunación que se establecieron para toda América establecen que para lograr el efecto rebaño, esa cobertura debe llegar a 95%; es decir, que 95% de los individuos de la población objetivo debe recibir la vacuna. Con eso, no solo se protegen a sí mismos, sino a aquellos que no pueden inmunizarse y corren riesgo, con frecuencia, mayor.

Sin embargo, y aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) se había puesto la meta de llegar por lo menos a 90% de cobertura, un informe global dado a conocer ayer por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que recaba datos de 14 vacunas es un baldaño de agua fría: en 2023 se estancó la cobertura mundial de inmunización infantil, por lo que hay 2,7 millones más de niños sin vacunar o sin recibir la totalidad de las vacunas en comparación con los niveles anteriores a la pandemia de covid de 2019. Y si se analiza la situación local, las cifras son iguales o peores: algunas inmunizaciones registraron un retroceso de hasta 40% con respecto a 2022.

Por ejemplo, la cobertura de la vacuna BCG, que se aplica a los siete días del nacimiento, descendió en Argentina de 81% a 69%; la primera dosis de la vacuna triple bacteriana (contra la difteria, la tos convulsa y el tétanos), que se aplica a los dos meses, descendió de 90% a 77%; la primera dosis contra la poliomielitis, de 90% a 78%. Argentina, en materia de inmunización y a pesar de que se aplican en forma gratuita, se encuentra en la zona anaranjada o roja en todas las vacunas relevadas por el UNICEF, con un descenso muy pronunciado respecto de 2022 y lejos de la meta, después de haber tenido buenas campañas hasta casi mediados de la última década.

“La situación es seria”, advierte Pablo Eduardo Bonvehí, jefe de infectología del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas ‘Norberto Camilo Quirno Costa’ (CEMIC), miembro del comité científico de la Fundación Vacunar e integrante del Grupo Técnico Asesor en Inmunizaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

“Las últimas tendencias demuestran que en muchos países hay demasiados niños sin vacunar –afirma en el comunicado del UNICEF su directora ejecutiva, Catherine Mary Russell–.

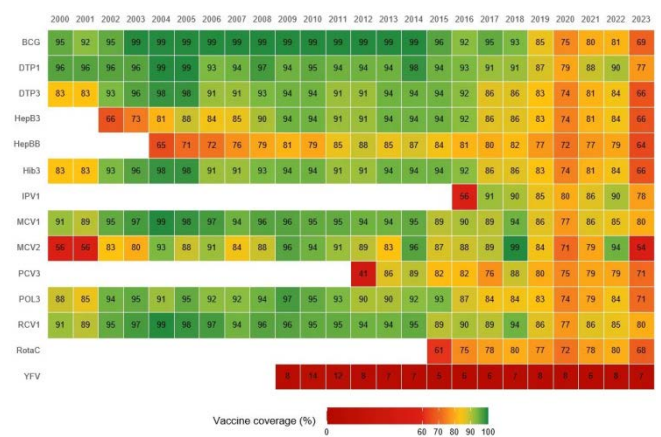
Cerrar la brecha de inmunización requiere un esfuerzo mundial para que gobiernos, aliados y dirigentes locales inviertan en atención primaria de la salud y en trabajadores comunitarios para garantizar que todos sean vacunados”. De acuerdo con el informe, la cantidad de niños que en 2023 recibieron tres dosis de la vacuna triple bacteriana, considerado un marcador clave de la cobertura mundial de inmunización, se mantuvo estable en 84% (108 millones). Sin embargo, los que no recibieron ni una sola dosis aumentó de 13,9 millones en 2022 a 14,5 millones el año pasado.

Ante la necesidad de controlar la covid, la pandemia sin duda conspiró contra la administración de otras vacunas, pero lo más alarmante es que se retrocedió a niveles incluso anteriores a 2019. Esto indica que los problemas para cumplir con los calendarios de vacunación exceden lo logístico.

“Analicé los números de 2022 y ya ahí se veía claramente que a los recién nacidos de hasta 18 meses dejaron de administrárseles casi 1.700.000 vacunas; y al ingreso escolar esto aumentaba moderadamente –explicó Eduardo Luis López, reconocido experto en vacunas y expresidente de la Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica–. Esta problemática está dada por una sencilla razón: incluir nuevas vacunas en el calendario es una buena medida, pero no suficiente, porque la vacuna más eficaz es la que está aplicada. Esto no es un tema menor, porque en el calendario nacional hay algunas vacunas que son de única dosis, por ejemplo la de la hepatitis A. Y hay refuerzos que son fundamentales para tener protección a lo largo del tiempo, como es la vacuna contra el neumococo, cuyo refuerzo es necesario para prevenir la enfermedad. Y lo mismo ocurre con la cuádruple, que se aplica a los 18 meses. O sea, en vacunación, estamos complicados. No es una problemática de este gobierno, pero están faltando medidas preventivas más audaces y llegar de forma más proactiva a la población”.

Para Bonvehí, “en Argentina el cambio en el sistema de registro puede haber influido en el registro de los indicadores de cobertura, ya que se pasó a la ‘nominalización’ y en forma electrónica. De cualquier manera, éste es un fenómeno global que ya venía previo a la pandemia, con la covid se acentuó y no logra recuperarse ya que se agregan otros factores sociales, económicos y de falta de confianza. Paradójicamente, la vacunación contra la covid acentuó esto último por la difusión de *fake news*, a pesar de que la salida de la pandemia se la debemos en gran medida a las vacunas”.

La jefa de Epidemiología del Hospital General de Niños ‘Dr. Ricardo Gutiérrez’ y presidenta de la Comisión Nacional de Inmunizaciones, Ángela Leonor Spagnuolo de Gentile, coincide: “Esto es multicausal. Por un lado, el país cambió la forma de registrar la vacunación; es decir, todo el país ahora lo hace en forma virtual. Algunas jurisdicciones pueden hacerlo más que otras. Algunas tienen un sistema y tienen que trabajar con una interfase para conectarse al sistema nacional. Todo eso habrá que ajustarlo. Y por otra parte, hay oportunidades perdidas por el impacto post pandemia. Hay que trabajar más en la capacitación para evitarlas. Hay que acercarse más a la comunidad, empoderarla para que entienda el valor de las vacunas. A lo mejor, con la pandemia quedó menos claro el beneficio. Hubo tantas dudas con las aprobaciones de emergencia, que hay que generar confianza, volver a transmitir la seguridad de las



Coberturas de vacunación. Argentina. Años 2000/2023. Fuente: Estimaciones de Coberturas Nacionales de Vacunación, revisión 2023. **Aclaración:** BCG: tuberculosis; DTP: difteria, tétanos y tos convulsiva; HepB: hepatitis B; Hib: protege contra *Haemophilus influenzae* tipo b; IPV: poliomielitis; MCV: sarampión; PCV: antineumocócica; RCV: rubéola; RotaC: rotavirus; YFV: fiebre amarilla.

vacunas. Cada uno en el lugar que ocupa, tendrá que colaborar, éste es un tema que lo debemos manejar entre todos”.

Uno de los datos que encienden las alarmas es el de la vacuna antisarampionosa, que había logrado la eliminación de la enfermedad en el continente. Los datos del UNICEF muestran que el estancamiento dejó a casi 35 millones de chicos sin protección o solo con protección parcial contra esta enfermedad altamente contagiosa, y que puede ser mortal o dejar graves secuelas. En 2023, solo 83% de los niños de todo el mundo recibió su primera dosis de la vacuna contra el sarampión, y solo 74% recibió la segunda. Precisamente, la reducción en la cobertura de vacunación está impulsando los brotes (“el canario en la mina de carbón”, como los definió el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus) que se registraron en 103 países, donde viven aproximadamente tres cuartas partes de los lactantes del mundo. Por el contrario, 91 países con altas coberturas no los sufrieron.

De acuerdo con los especialistas, lo urgente es evitar que sigan bajando las tasas. “La meta que se puso en América es llegar a 95% de cobertura con todas las vacunas –aclaró Daniela Flavia Hozbor, investigadora principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y especialista en vacunología del Instituto de Biotecnología y Biología Molecular de La Plata–. Pero el número, para alcanzar el efecto rebaño, dependerá del objetivo que se quiera alcanzar (reducción de muerte, de enfermedad severa) y de varios factores, como la efectividad de la vacuna o la infecciosidad del virus”. En el caso del sarampión, se estima que está entre 93% y 95%; en el de la rubéola, entre 80 y 85%. En varias inmunizaciones de las relevadas por el UNICEF las coberturas rondan 70% o menos.

El quinto y último *Índice de confianza y acceso a las vacunas* de la Fundación Bunge y Born es consistente con esta tendencia. Entre sus principales conclusiones menciona que la confianza está 9% por debajo de los valores de 2019, que el acceso cayó 2,2%, y que los más jóvenes y los más adultos son los que menos confían y menos acceso tienen. Una respuesta que sorprende es que dos de cada diez encuestados afirma haber recibido la recomendación de no vacunarse de parte del médico.

Entre otras cosas, Hozbor atribuyó este retroceso a una ausencia casi total de campañas de comunicación. “Con lo que se dice en las redes...” –sugiere, sin concluir la frase. Y enseguida aclara para que no haya malentendidos: “Algunos piensan que no hay que vacunarse porque es mejor adquirir la inmunidad de forma natural, enfermándose. La enfermedad induce inmunidad más fuerte en la vía de entrada del patógeno. Pero enfermarse tiene riesgo de internación y muerte. En cambio, la vacuna da muy buena inmunidad, casi sin riesgo”.





17/07/2024

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) ya ha reportado la circulación del virus de Oropouche en varios países de la Región de las Américas. En una reciente [actualización](#), reporta la identificación de posibles casos de transmisión vertical del virus en Brasil, que están bajo investigación. La OPS/OMS instó a los Estados Miembros a que se mantengan alerta ante la ocurrencia de eventos similares en sus territorios y a que notifiquen su ocurrencia a través de los canales establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

## Resumen de la situación

El 12 de julio de 2024, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Brasil informó a la OPS/OMS sobre la caracterización de una presunta transmisión vertical del virus de Oropouche. Se trata de una gestante sin antecedentes de viaje, residente en el municipio de Rio Formoso, estado de Pernambuco (zona del Nordeste de Brasil, donde la transmisión del virus se viene registrando desde mayo de 2024). El 24 de mayo del 2024, la paciente presentó síntomas compatibles con fiebre de Oropouche, incluyendo fiebre, cefalea y dolor epigástrico, durante la 30ª semana de gestación. La paciente refirió antecedentes de contacto estrecho con un caso positivo de fiebre de Oropouche en el territorio. El 3 de junio, se recogieron muestras de la embarazada y los resultados indicaron una respuesta reactiva para virus Dengue y Chikungunya (ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA)-IgM); adicionalmente se analizaron muestras de suero y placenta, con un resultado positivo para detección de virus de Oropouche mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR).

El 6 de junio, el caso buscó atención médica tras notar falta de movilidad del feto, con 30 semanas de gestación. Ese mismo día se confirmó la muerte fetal. El feto fue enviado al Servicio de Verificación de Fallecimientos de Recife (SVO-Recife) para que se le realizara un examen histopatológico con el fin de investigar la presencia de arbovirus.

Las muestras fetales fueron enviadas al Instituto Nacional de Infectología 'Dr. Evandro Serafim Lobo Chagas' (IEC) de Brasil, y el 4 de julio se confirmó la detección de material genético del virus en la sangre del cordón umbilical y en tejido de órganos obtenidos del feto, incluidos el cerebro, el hígado, los riñones, los pulmones, el corazón y el bazo mediante RT-PCR, lo cual es un indicativo de transmisión vertical del virus. La muestra resultó negativa para detección molecular de otros arbovirus (Dengue, Zika, Chikungunya y Mayaro). Se están realizando análisis de laboratorio adicionales, junto con investigaciones epidemiológicas, clínicas y patológicas, para la clasificación final de este caso.

En una comunicación subsecuente, el CNE para el RSI de Brasil notificó un segundo caso sospechoso en una mujer embarazada de 33 años residente en Jaqueira, estado de Pernambuco, sin antecedentes de viaje. La paciente presentó síntomas el 6 de junio de 2024, con un cuadro clínico caracterizado por fiebre, cefalea, lumbalgia, dolor esquelético, artralgia, dolor retro-orbital, escalofríos, fotofobia, náuseas, prurito y alteración del gusto. Se observó hemorragia uterina durante la 6ª semana de embarazo, con aborto el 27 de junio, en la 8ª semana de gestación. La muestra de suero de la gestante, recogida el 12 de junio, resultó negativa para detección molecular para virus Dengue, Zika, Chikungunya y Mayaro, y detectable en reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para virus de Oropouche, así como reactiva para Dengue mediante ELISA-IgM. No fue posible recoger muestras del feto para la investigación.

En su comunicación del 12 de julio, el CNE para el RSI de Brasil informó adicionalmente que, en junio de 2024, el IEC realizó un análisis retrospectivo de muestras de suero y líquido cefalorraquídeo almacenadas en la institución, recolectadas para investigación de arbovirus, las cuales habían resultado negativas para Dengue, Chikungunya, Zika y virus del Nilo Occidental. En este estudio se detectaron cuatro recién nacidos con microcefalia (tres con un día de vida y uno con 27 días) con presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de Oropouche (OROV) en muestras de suero (en un recién nacido con un día de vida y otro con 27 días de vida) y líquido cefalorraquídeo (dos recién nacidos con un día de vida y uno con 27 días de vida, en el que también se detectó IgM en líquido cefalorraquídeo). Las limitaciones de los estudios no permiten establecer una relación causal entre la infección por el virus de Oropouche y las malformaciones neurológicas.

En 1982, profesionales del IEC junto con la Fundación de Medicina Tropical 'Dr. Heitor Vieira Dourado' de Manaus y la Universidad de Manaus, Brasil, reportaron la ocurrencia de nueve casos de infección por el virus de Oropouche en embarazadas. De esos casos, dos, que se encontraban en el segundo mes de gestación, resultaron en aborto espontáneo. Si bien la técnica utilizada para el diagnóstico en embarazadas fue una prueba serológica (debido a la falta de disponibilidad de pruebas moleculares en esa época), este hallazgo es sugestivo de transmisión vertical, y fue registrado como parte de la caracterización del primer brote de fiebre de Oropouche en el estado de Amazonas, Brasil entre 1980 y 1981.

## **Casos de fiebre de Oropouche en la Región de las Américas**

Hasta el 16 de julio de 2024, se han notificado 7.688 casos confirmados de fiebre de Oropouche en cinco países de la Región de las Américas: Brasil (6.976 casos), Bolivia (313), Perú (287), Cuba (74) y Colombia (38). Durante el último trimestre, se han notificado casos en zonas y países donde no se habían registrado casos autóctonos previamente.

En 2024, hasta la semana epidemiológica 27, Brasil detectó 6.976 casos confirmados. La mayoría de ellos han tenido como lugar probable de infección municipios de los estados del norte. La región amazónica, considerada endémica, concentra 78% de los casos registrados en el país: Amazonas (3.228 casos), Rondônia (1.713), Acre (263), Roraima (191), Pará (74) y Amapá (1).

Adicionalmente, se ha documentado la transmisión autóctona en nueve estados no amazónicos, algunos de los cuales no habían reportado casos previamente: Bahía (790 casos), Espírito Santo (374), Santa Catarina (135), Minas Gerais (83), Mato Grosso (83), Rio de Janeiro (58), Piauí (19), Pernambuco (9) y Maranhão (3). Asimismo, casos registrados en los estados de Ceará (5 casos), Paraná (3) y Mato Grosso do Sul (1), están siendo investigados para establecer el lugar probable de infección. En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, 52% (3.611 casos) corresponde al sexo masculino, y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 20 a 29 años, con 1.484 casos (21%).



Ontario confirmó que nueve casos de listeriosis están relacionados con un retiro del mercado de varias bebidas refrigeradas de origen vegetal de las marcas Silk® y Great Value®.

Se han producido cinco hospitalizaciones asociadas con este brote, confirmó el director médico de salud, Dr. Kieran Moore, el 9 de julio.



Moore pidió a los residentes de Ontario que no consuman ciertas bebidas refrigeradas de origen vegetal de las marcas Silk® y Great Value® retiradas del mercado, ya que pueden estar contaminadas con *Listeria monocytogenes*.

“Se solicita a los consumidores que visiten el sitio web de la Agencia Canadiense de Inteligencia Alimentaria para obtener una lista completa de todos los productos retirados del mercado y que visiten el sitio web periódicamente, ya que puede haber retiros de productos adicionales a medida que continúa la investigación de seguridad alimentaria”, afirmó Moore.

“Se recuerda a los habitantes de Ontario que revisen sus refrigeradores para ver si hay productos retirados del mercado y, si encuentran alguno, deben desecharlo de inmediato o devolverlo al lugar donde lo compraron. No consuman ningún producto retirado del mercado”.

La provincia afirmó que la contaminación con *Listeria* no altera el olor, el sabor ni la apariencia de los alimentos.

Moore recomendó al público, especialmente a aquellos con alto riesgo de listeriosis, como los ancianos, las mujeres embarazadas y las personas con sistemas inmunes debilitados, asegurarse de no consumir estos productos retirados del mercado.

El tiempo medio desde la exposición a *Listeria* hasta que aparecen los síntomas suele ser de dos a tres semanas, pero puede llegar a ser de hasta 70 días.

La listeriosis suele manifestarse como una enfermedad leve similar a la influenza. Los síntomas pueden comenzar de repente e incluir: vómitos, náuseas, calambres, dolor de cabeza intenso, estreñimiento o fiebre. Una enfermedad más grave puede provocar meningitis e infección de la sangre en recién nacidos y adultos mayores.



Como seguimiento a la situación del dengue en Florida este año, el Departamento de Salud del estado informó cuatro casos adicionales de dengue adquiridos localmente durante la semana pasada.

En la semana que finalizó el 13 de julio, los funcionarios de salud informaron un caso adicional en el condado de Hillsborough y tres casos adicionales en el condado de Miami-Dade.

En 2024, se informaron 14 casos de dengue adquirido localmente en los condados de Hillsborough (2), Miami-Dade (9), Monroe (2) y Pasco (1).

De los 12 casos tipificados, cuatro son DENV-1 y ocho casos como DENV-3.

En cuanto a los casos de dengue asociados a viajes, el Departamento de Salud informó que se han notificado 252 casos con inicio en 2024 en personas con antecedentes de viaje a un área endémica de dengue en las dos semanas previas al inicio de los síntomas.

---

El dengue es una enfermedad transmitida por mosquitos de importancia mundial. Es causada por cuatro serotipos del virus Dengue: DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4).

La infección por dengue se adquiere a través de la picadura de ciertas especies de mosquitos, principalmente *Aedes aegypti*, pero también *Aedes albopictus*, ambos presentes en Florida.

La fiebre del dengue puede ser una enfermedad dolorosa y debilitante, pero rara vez es mortal. Los síntomas aparecen entre tres y 14 días después de la picadura de un mosquito infectado e incluyen la aparición repentina de fiebre, dolor de cabeza intenso, dolor ocular, dolor muscular y articular (lo que le da a la enfermedad el apodo de “fiebre rompehuesos”) y sangrado. En algunos casos, también pueden presentarse síntomas gastrointestinales como vómitos y diarrea. Los síntomas de la fiebre del dengue suelen durar entre 4 y 7 días. La enfermedad a menudo se diagnostica incorrectamente porque los síntomas son similares a los de la gripe y otros virus.

La fiebre hemorrágica del dengue es una forma poco frecuente pero más grave de infección por dengue que puede ser mortal si no se reconoce y se trata con medidas de apoyo. El principal factor de riesgo de la fiebre hemorrágica es la infección previa con un serotipo de dengue diferente, es decir, contraer DENV-2 si ya ha tenido DENV-1 aumenta el riesgo de contraer fiebre hemorrágica.

El Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE) anunció la detección del primer caso humano de tularemia este año en un residente de Wheat Ridge, Colorado. La enfermedad afecta principalmente a las áreas rurales, pero se ha detectado en todo el país, a excepción de Hawai'i.

La tularemia es causada por la bacteria *Francisella tularensis* y se encuentra comúnmente en animales salvajes. La infección es más frecuente en roedores, conejos y liebres, que a menudo experimentan una mortalidad significativa durante los brotes. También se encuentra en invertebrados como garrapatas y tábanos. La transmisión a los humanos puede ocurrir a través de picaduras de insectos infectados, contacto de la piel con animales infectados, consumir agua o alimentos contaminados, o por inhalación de bacterias transportadas por el aire a través de aerosoles contaminados o polvo agrícola y paisajístico.

En Estados Unidos se notifican anualmente aproximadamente 200 casos humanos de tularemia, y la mayoría de los casos se producen en los estados del Oeste y del Centro-Sur. En 2023, se notificaron nueve casos humanos en Colorado.

“Si bien la tularemia es poco común, es importante que los residentes conozcan los síntomas y tomen medidas preventivas”, dijo Rachel Reichardt, especialista en salud ambiental del Departamento de Salud Pública del Condado de Jefferson. “El tratamiento inmediato con antibióticos es eficaz, por lo que el diagnóstico temprano y la atención médica son cruciales”.

Los síntomas de la tularemia incluyen fiebre, úlceras cutáneas que no cicatrizan en el lugar de la infección, ganglios linfáticos hinchados y dolorosos, ojos inflamados, dolor de garganta, llagas en la boca, diarrea o neumonía. En los casos en que la infección se debe a la ingestión de alimentos o agua contaminados, los síntomas pueden consistir en dolor de garganta, dolor abdominal y diarrea. La inhalación de *F. tularensis* puede provocar neumonía, que puede causar síntomas como fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolores musculares, tos seca y debilidad progresiva.

El período de incubación de la enfermedad es de 3 a 5 días, pero puede variar de 1 a 14 días. El tratamiento consiste en un ciclo de antibióticos. En los seres humanos, la tularemia se puede tratar y curar de manera eficaz. Se recomienda buscar atención médica si se experimentan síntomas asociados con la tularemia después de un posible contacto con animales salvajes.

### **Tularemia en mascotas**

Se han reportado casos de la enfermedad en perros, gatos, cerdos y caballos. Sin embargo, las ovejas son las más comúnmente infectadas. En los perros, la tularemia es rara, pero al igual que los humanos, pueden infectarse a través de picaduras de insectos o arácnidos, al beber agua contaminada o al comer un animal salvaje infectado. Los síntomas de una infección en los caninos incluyen períodos cortos de disminución del apetito, letargo y fiebre leve. Los perros también pueden experimentar conjuntivitis, uveítis, abscesos supurantes y ganglios linfáticos agrandados, aunque estos síntomas son poco comunes. Los perros infectados se tratan con antibióticos.

La enfermedad también es poco común en los gatos, pero la exposición y la enfermedad aún son posibles. Los signos de tularemia en felinos dependen de la vía de infección y de la especie bacteriana, pero pueden consistir en fiebre alta, ganglios linfáticos grandes y dolorosos en el cuello y la cabeza, dolor abdominal, infestación por garrapatas, ictericia y falla del sistema orgánico. Otros síntomas incluyen disminución del apetito, rigidez, movilidad reducida, tos, diarrea, micción frecuente, boca abierta y llagas en la garganta, y aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. La tularemia en gatos requiere antibióticos, así como hospitalización con cuidados de apoyo efectivos, incluida la terapia de fluidos por vía intravenosa. La tasa de mortalidad de los gatos infectados con tularemia es alta, y el colapso y la muerte ocurren en unas pocas horas o días.

---

La tularemia es una infección bacteriana que afecta, además de a las personas, a más de 250 especies de mamíferos, aves, reptiles y peces, domésticos y salvajes. Está catalogado como agente de bioterrorismo de categoría A debido al potencial de muerte, diseminación aérea y alteración social si se libera. La bacteria causante, *Francisella tularensis*, es un cocobacilo Gram negativo que no forma esporas y está antigénicamente relacionado con *Brucella* spp.

La tularemia se puede transmitir por aerosol, contacto directo, ingestión o artrópodos. La inhalación de organismos en aerosol (en el laboratorio o como agente en el aire en un acto de bioterrorismo) puede producir una forma neumónica. El contacto directo o la ingestión de cadáveres infectados de animales salvajes (como el conejo cola de algodón, *Sylvilagus floridanus*) puede producir la forma ulceroglandular, oculoglandular, orofaríngea (lesión local con linfadenitis regional) o tifoidea. La inmersión o la ingestión de agua contaminada puede provocar una infección en los animales acuáticos. Las garrapatas pueden mantener la infección transestadialmente –el patógeno permanece con el vector de una etapa de vida (“estadio”) a la siguiente– y transováricamente –transmisión de un patógeno de un organismo (como una garrapata) a su descendencia mediante la infección de los huevos en su ovario–, convirtiéndolos en reservorios y vectores eficientes.



Otra enfermedad infecciosa ha comenzado a potencializarse en Haití: dos personas murieron y diez están hospitalizadas tras consumir carne de res contaminada con carbunco.

La intoxicación ocurrió en Bayara, la primera sección comunal de Petit-Goâve.

El carbunco es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Bacillus anthracis*. Esta bacteria forma esporas muy resistentes que les permiten sobrevivir en el ambiente durante largos periodos.

Es una bacteria zoonótica; sus hospedadores naturales son rumiantes como vacas, ovejas y cabras, y algunos animales de caza. Los humanos se pueden infectar al tener contacto directo con animales enfermos o productos derivados.

Una vez que las esporas se ingieren, inhalan o ingresan al cuerpo a través de cortes en la piel, pueden multiplicarse y producir toxinas potentes.

El carbunco cutáneo aparece como una llaga negra en la zona expuesta, acompañada de síntomas como dolor de cabeza, fiebre y vómitos.

El carbunco gastrointestinal se presenta como una intoxicación alimentaria que empeora con dolor abdominal intenso, vómitos de sangre y diarrea grave.

El pulmonar, el más peligroso, comienza como un resfrío común y evoluciona a dificultades respiratorias graves y shock.



COREA DEL SUR

UN BROTE DE NOROVIRUS AFECTÓ A MÁS  
DE MIL PERSONAS EN LA CIUDAD DE NAMWON

06/07/2024

Unas 1.000 personas en Corea del Sur sufren una intoxicación alimentaria relacionada con el kimchi contaminado con norovirus.

Las autoridades de la ciudad de Namwon, en el suroeste del país, anunciaron el 5 de julio por la mañana que había 996 casos confirmados, aunque los medios locales dicen que ese número había aumentado a 1.024 a primera hora de la tarde del 6 de julio.

Las autoridades dijeron que el popular plato de repollo fermentado había sido distribuido a los enfermos a través de las comidas escolares de la ciudad.

Agregaron que entre los pacientes con vómitos, diarrea y dolores abdominales había estudiantes y personal de 24 escuelas.

El norovirus es muy contagioso y se puede contraer al tocar superficies contaminadas (como las manijas de la descarga del inodoro) y de personas que ya están infectadas.

La mayoría de las personas se recuperan en pocos días sin necesidad de tratamiento hospitalario, pero algunas enferman gravemente.

Los funcionarios de la ciudad de Namwon dijeron que comenzaron una investigación epidemiológica para descubrir la fuente de la enfermedad, al informarse el primer caso.

Desde entonces, el número de casos creció rápidamente: pasó de 153 el 3 de julio a 745 al día siguiente.

El alcalde de la ciudad, Choi Kyung-sik, dijo que los funcionarios de salud habían adoptado una “respuesta preventiva y excesiva” en un intento de prevenir una mayor propagación de la enfermedad. “Garantizaremos la seguridad de nuestros ciudadanos”, añadió.

Los funcionarios de la ciudad dijeron que se había detectado norovirus en los pacientes, a través de muestras ambientales y en algunos de los kimchi que se entregan regularmente a las escuelas.

Como resultado, su Departamento de Desastres y Seguridad suspendió temporalmente la producción y venta de cualquier producto de la compañía que elaboraba el kimchi, que también está en proceso de retirar voluntariamente los productos que ya han sido distribuidos.

La empresa que produjo el kimchi aún no ha sido identificada oficialmente.



Italia notificó tres casos confirmados de fiebre de Oropouche en viajeros que regresaron de Cuba.

El 7 de junio de 2024, Italia informó que identificó un caso confirmado de fiebre de Oropouche en un viajero que regresó de Cuba a la región del Veneto el 26 de mayo. El viajero experimentó el día de su llegada la aparición de síntomas, como fiebre, artralgia, artritis, dolor de cabeza y dolor retroorbitario. El caso estuvo hospitalizado del 28 al 31 de mayo de 2024. Se realizaron análisis de sangre al ingreso hospitalario y las pruebas moleculares confirmaron el virus Oropouche el 6 de junio de 2024.

Posteriormente, en junio de 2024, se confirmaron dos casos humanos adicionales de fiebre de Oropouche en viajeros que regresaron de Cuba a Italia.

En julio de 2024, España notificó tres casos confirmados de fiebre de Oropouche en viajeros procedentes de Cuba. Los casos residen en (y han sido notificados por) tres comunidades autónomas diferentes de España. El inicio de los síntomas fue del 30 de mayo de 2024 al 17 de junio de 2024. Los síntomas clínicos fueron leves en los tres (fiebre, mialgias, erupción cutánea, etc.), y todos se recuperaron. No existe asociación entre los casos excepto el antecedente de estancia en Cuba.

Recientemente se reportó el primer brote de enfermedad por virus Oropouche en Cuba.

Italia informó que no se tomaron medidas adicionales de salud pública, ya que actualmente no se sabe que los vectores primarios y secundarios del virus estén presentes en el país. No se conocen vías de transmisión alternativas para este virus y hasta la fecha no se han notificado casos adquiridos localmente en Europa.

## Evaluación del ECDC

La fiebre de Oropouche es una enfermedad zoonótica causada por el virus Oropouche (OROV) (Orthobunyavirus oropoucheense). Se han notificado brotes de fiebre de Oropouche en humanos en varios países de América del Sur (por ejemplo, Brasil, Perú, Argentina, Bolivia, Colombia) y el Caribe (por ejemplo, Panamá, Trinidad y Tobago). El principal vector del virus es el jején *Culicoides paraensis*, que está ampliamente distribuido en América, pero ausente en Europa. Otros vectores conocidos incluyen *Culex quinquefasciatus*, *Coquillettidia venezuelensis*, *Mansonia venezuelensis* y *Aedes serratus*. Se considera que los huéspedes naturales del OROV son aves y mamíferos silvestres. En los seres humanos, la fiebre de Oropouche puede manifestarse como una enfermedad febril aguda (con dolor de cabeza, náuseas, vómitos, dolores musculares y articulares), ocasionalmente con síntomas más graves (por ejemplo, hemorragias y meningitis). No se ha documentado ninguna transmisión directa del virus de persona a persona.

El riesgo de infección para los ciudadanos de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) que viajan a Cuba o América es bajo siempre que sigan las instrucciones de las autoridades de salud pública sobre el uso de medidas de protección personal contra las picaduras de mosquitos y jejenes. Si se importara un caso, la probabilidad de una transmisión secunda-



ria dentro de Europa continental se considera muy baja, ya que los vectores competentes comúnmente descritos en las Américas están ausentes en Europa continental. Sin embargo, no hay evidencia de que las especies de mosquitos europeos no puedan transmitir el virus. Hasta la fecha, la enfermedad se limita al continente americano y nunca se han informado brotes de fiebre de Oropouche en Europa continental. Sin embargo, se pueden esperar casos importados en viajeros que visiten áreas con brotes en curso.

Según datos de la Asociación Internacional de Viajes Aéreos (IATA), el número promedio de pasajeros aéreos que llegaron desde Cuba a la UE/EEE fue de aproximadamente 39.000 por mes durante los primeros cuatro meses de 2024. Durante los últimos dos años, el mes con mayor número de pasajeros llegados desde Cuba fue agosto, con aproximadamente 49.000 pasajeros. De enero a abril de 2024, el número aproximado de viajeros desde Cuba a varios países de la UE/EEE fue el siguiente:

- España: 50.000 a 60.000.
- Alemania, Francia: 20.000 a 30.000.
- Italia: 10.000 a 20.000.
- Chequia, Polonia: 5.000 a 10.000.
- Austria, Bélgica, Grecia, Hungría, Países Bajos, Portugal: 1.000 a 5.000.
- Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Irlanda, Islandia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Rumania y Suecia: menos de 1.000.

El ECDC supervisará este evento a través de sus actividades de inteligencia epidémica e informará si se dispone de nueva información epidemiológica relevante.

La presencia del virus de la poliomielitis fue detectada en varias muestras de aguas residuales de la franja de Gaza, anunció el 18 de julio el Ministerio de Salud de Gaza, y denunció una “catástrofe sanitaria”.

“Los resultados de los análisis, efectuados en muestras de aguas residuales en coordinación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, mostraron la presencia del virus de la poliomielitis”, escribió el ministerio en un comunicado.

Enfermedad de tipo viral, la poliomielitis solo es endémica en la actualidad en Pakistán y Afganistán.

“Esta detección en las aguas residuales que fluyen entre las carpas de los desplazados presagia un verdadero desastre sanitario y expone a miles de habitantes al riesgo de adquirir esta enfermedad”, agregó el ministerio.

Tras nueve meses de guerra en la franja de Gaza, las estaciones de bombeo de las aguas residuales en Deir al-Balah, en el centro del territorio, cesaron de funcionar el 16 de julio por falta de combustible, según la municipalidad.

Las aguas residuales estancadas, más la acumulación de basuras y escombros forman un “ambiente propicio para la propagación de diversas epidemias”, denunció el ministerio, que pide el “cese inmediato de la agresión israelí”.

El rechazo de Israel a permitir la entrada de productos de higiene en Gaza crea un entorno propicio para la propagación de distintas enfermedades.

Por su parte, el ministerio de Salud israelí indicó en un comunicado que “se registró la presencia del poliovirus tipo 2 en muestras de aguas residuales de la región de Gaza”.

Se trata, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de una cepa considerada como erradicada en 1999.

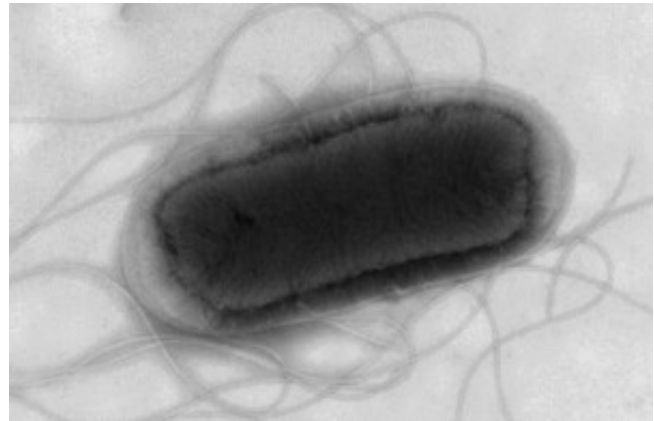
“Las muestras fueron analizadas en un laboratorio israelí autorizado por la OMS, lo que causa preocupación sobre la presencia del virus en la región”, agregó el ministerio.

Añadió que “monitorea la situación para prevenir el riesgo de enfermedad en Israel”.

Además del hambre que, según las agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU), azota Gaza desde que estalló la guerra el 7 de octubre, los médicos dicen que la sarna, la varicela, las erupciones cutáneas y los piojos se están extendiendo rápidamente.

Las agencias de la ONU advirtieron repetidamente sobre el riesgo de que el cólera y otras enfermedades más graves se conviertan en epidemias.

Entre el 27 de junio y el 3 de julio de 2024, se han registrado 13 nuevos casos asociados con el reciente brote de infecciones *Escherichia coli* productora de toxina Shiga O145 (STEC O145). Esto eleva el número total de casos confirmados a 288 en el Reino Unido. Todos los casos confirmados hasta el momento tenían fechas de inicio de los síntomas anteriores al 10 de junio. Aunque las tasas de notificación de casos siguen disminuyendo, se espera un pequeño número adicional de casos vinculados a este brote a medida que se remitan más muestras de los laboratorios del Sistema Nacional de Salud (NHS) y se realice la secuenciación del genoma completo.



De los 288 casos confirmados, 191 se registraron en Inglaterra, 62 en Escocia, 31 en Gales y cuatro en Irlanda del Norte (aunque la evidencia sugiere que adquirieron la infección en Inglaterra).

Con base en la información de 263 casos hasta la fecha, 49% requirió hospitalización.

Los síntomas de las infecciones por STEC incluyen diarrea intensa y a veces sanguinolenta, calambres estomacales, vómitos y fiebre. Si bien la diarrea y los vómitos pueden tener diversas causas, existen medidas sencillas que se pueden tomar para reducir su riesgo y el riesgo de infectar a otras personas.

Lavarse las manos con agua tibia y jabón y usar desinfectantes para limpiar las superficies ayudará a detener la propagación de la infección. Si una persona se siente enferma, no debe preparar comida para otras personas y debe evitar las visitas a personas en hospitales o residencias de ancianos para evitar transmitir la infección en estos entornos. No de regresar al trabajo, la escuela o la guardería hasta 48 horas después de que hayan desaparecido los síntomas.

La investigación de la cadena alimentaria sobre este brote tiene en cuenta toda la información nueva disponible. La UKHSA sigue trabajando con las empresas, las autoridades locales y los organismos implicados para garantizar que se tomen las medidas necesarias para proteger a los consumidores.

Salud Pública de Escocia (PHS) publicó el 18 de julio un [informe](#) sobre el aumento de casos de tos convulsa desde fines de 2023 en Escocia. La publicación muestra 5.270 casos de tos convulsa confirmados por laboratorio entre el 1 de enero y el 15 de julio de 2024. La mayoría de los casos se dan en personas de 15 años o más, aunque la tasa de incidencia más alta se da entre los 10 y los 14 años.

El informe también confirma que ha habido una muerte este año: un bebé menor de un año que desarrolló la enfermedad.

El número de casos en Escocia ha ido aumentando desde fines de 2023. Ese año hubo 73 casos confirmados por laboratorio, la mayoría de los cuales (n=56) se notificaron en el último trimestre del año. Solo en el primer trimestre de 2024 hubo 1.084 casos confirmados por laboratorio. Antes de 2024, el último brote significativo en Escocia se produjo en 2012 y 2013, con 1.896 y 1.188 casos confirmados por laboratorio al año, respectivamente. También hubo un aumento de la actividad de la tos convulsa en 2016, con 1.075 casos confirmados por laboratorio ese año.

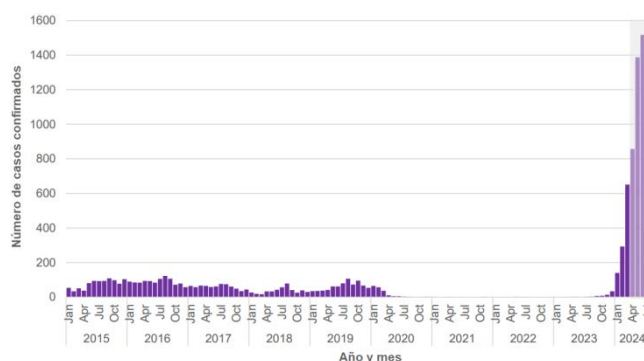
En 2020, se notificaron 198 casos por laboratorio, la mayoría de los cuales se produjeron en el primer trimestre del año. Esta reducción de las cifras con respecto al período anterior a la pandemia probablemente se debió a las medidas de distanciamiento físico implementadas para mitigar la transmisión de la covid. En 2022 y 2021, se notificaron tres y cuatro casos de tos convulsa confirmados en laboratorio, respectivamente.

El grupo etario de 10 a 14 años registró el mayor número de casos en lo que va de 2024. La mayor incidencia de los casos en lo que va de 2024 se ha producido en los grupos etarios de 10 a 14 años (358,8 casos cada 100.000 habitantes), menores de 1 año (281,9) y de 5 a 9 años (228,8). Alrededor de un tercio de los 133 casos (31,6%, n=42) en menores de 1 año de edad ocurrieron en bebés de 1 a 3 meses de edad.

Dado que se espera que la tos convulsa siga circulando en niveles altos hasta el otoño, PHS alentó a las mujeres embarazadas a asegurarse de vacunarse entre las semanas 16 y 32 de su embarazo.

La inmunización es la forma más eficaz de protegerse contra la tos convulsa. Puede causar una enfermedad grave y la muerte, especialmente en niños pequeños no inmunizados. Los bebés menores de un año son los que corren mayor riesgo.

Vacunarse durante el embarazo es la mejor manera de proteger al bebé en las primeras y vulnerables semanas de su vida. Todas las mujeres embarazadas pueden recibir la vacuna contra la tos convulsa a partir de la semana 16 de embarazo. El momento ideal para recibirla es entre las semanas 16 y 32. La vacuna contra la tos convulsa se recomienda en cada embarazo, incluso si ya se ha vacunado antes.



Casos de tos convulsa confirmados por laboratorio. Escocia. De enero de 2015 a julio de 2024. Fuente: Salud Pública de Escocia.

También es sumamente importante que los padres se aseguren de que sus bebés reciban la vacuna contra la tos convulsa, que se administra a las 8, 12 y 16 semanas como parte de la vacuna séxtuple.

---

La tos convulsa es una enfermedad bacteriana aguda del tracto respiratorio, resultante de una infección por *Bordetella pertussis*. Se transmite a través de gotitas respiratorias, ya sea directamente entre personas o a través de elementos contaminados.

Puede afectar a personas de todas las edades. Los bebés no vacunados tienen más probabilidades de desarrollar complicaciones derivadas de la infección, que pueden requerir tratamiento hospitalario y, en casos graves, pueden ser mortales. Suele ser menos grave en adolescentes y adultos, aunque estos pueden sufrir tos prolongada.

En respuesta al aumento de casos y para proteger a los bebés durante las primeras semanas de vida hasta que se inicie el programa de vacunación infantil de rutina a las ocho semanas, en octubre de 2012 se introdujo un programa para ofrecer la vacunación contra la tos convulsa a todas las mujeres embarazadas.

Las mujeres embarazadas suelen recibir la vacuna entre las semanas 16 y 32 de gestación para proteger a los recién nacidos de la enfermedad antes de que tengan la edad suficiente para recibir su primera vacuna a las 8 semanas. Los anticuerpos producidos por la madre vacunada pueden transferirse a través de la placenta para proteger al bebé. Las mujeres pueden seguir siendo inmunizadas después de la semana 32 de embarazo, pero esto puede no ofrecer un nivel tan alto de protección inmunológica pasiva para el bebé. Sin embargo, la vacunación en las últimas etapas del embarazo puede proteger directamente a la madre contra la enfermedad y, por lo tanto, reducir el riesgo de exposición para su bebé. Como la tos convulsa sigue circulando en Escocia, la inmunización de las mujeres embarazadas y los niños pequeños es vital.

La inmunidad que los bebés reciben de su madre, aunque es muy importante durante las primeras semanas de vida, ofrece solo una protección a corto plazo. Por lo tanto, es importante que los bebés sean vacunados a tiempo como parte del calendario de vacunación infantil de rutina para brindarles una protección a más largo plazo.

Un total de 16.231 nuevos casos de cólera y 134 muertes relacionadas se han reportado en Somalia desde enero de este año, y los casos se han extendido debido a las recientes lluvias e inundaciones repentinas, dijo el gobierno el 15 de julio.

El Ministerio de Salud y Servicios Humanos dijo que 10.273 casos (63% del total) fueron clasificados como graves.

“Lamentablemente, durante este período se registraron 134 muertes, lo que pone de relieve la gravedad del brote”, afirmó el ministerio.

La cartera también atribuyó el aumento de casos de cólera en Somalia a un número cada vez mayor de personas que carecen de acceso a agua potable y saneamiento adecuado.

Varios distritos de Somalia se han visto gravemente afectados por el brote, y el distrito de Kismayo ha registrado el mayor número de casos (2.567 casos; 16% del total), dijo el ministerio, señalando que estas estadísticas subrayan la distribución geográfica del brote y la urgente necesidad de intervenciones específicas en estas zonas de alto riesgo.

“En respuesta al brote, se implementó una campaña integral de vacunación oral contra el cólera, dirigida a un total de 920.913 personas en varios distritos afectados por el calor”, dijo el ministerio.

La campaña ya vacunó con éxito a 895.680 personas, logrando una tasa de cobertura general de 97%, según el ministerio.

Somalia ha tenido transmisión ininterrumpida de diarrea acuosa aguda/cólera desde 2022 y en la región de Banadir desde la sequía de 2017, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS dijo que Somalia está experimentando un brote de cólera que se ha intensificado desde que las inundaciones, provocadas por las fuertes lluvias de diciembre de 2023, destruyeron las instalaciones sanitarias y causaron más desplazamientos.

En 2023, se notificaron en Somalia más de 18.304 casos acumulados de cólera y 46 muertes, y más de la mitad eran niños menores de cinco años.

Brotos de enfermedades como cólera, sarampión, malaria, dengue, meningitis o tos convulsa han sido detectadas entre poblaciones desplazadas por la guerra civil en Sudán, advirtió el 17 de julio la directora regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la saudí Hanan Balkhy.

La responsable de la agencia sanitaria para Medio Oriente indicó que la falta de agua potable y medidas de higiene en las zonas donde se refugian estos desplazados han contribuido al aumento de casos de estas enfermedades en diversos estados de Sudán.

“La población que vive en los estados de Darfur, Kurdufan, Al-Khartum y Al-Jazirah está básicamente aislada de toda ayuda humanitaria”, agregó la responsable regional de la OMS.

Expresó su especial preocupación por la situación en la asediada ciudad de Al-Fashir, último bastión del ejército sudanés en Darfur, donde unas 800.000 personas tienen escaso acceso a alimentos y suministros sanitarios.

Como en otras zonas de la región afectadas por conflictos, Balkhy denunció los frecuentes ataques de las partes combatientes a instalaciones sanitarias, habiendo contabilizado 82 desde el inicio de las hostilidades en abril de 2023, con 54 muertos.



El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a [reporteepidemiologicocba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.