

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue

## AMÉRICA

- Estados Unidos: Detectan por primera vez en Illinois garrapatas infectadas con *Ehrlichia muris euclairensis*
- Estados Unidos: Bajaron a 50 años la edad para recibir la primera vacuna antineumocócica

## EL MUNDO

- España: primera detección de una infección activa por el virus Usutu en el país
- España: Aumentaron desde 2019 los casos humanos de hidatidosis
- Francia: El parvovirus B19 ya causó 10 muertes en lo que va del año
- Grecia: Registraron 213 casos autóctonos de fiebre del Nilo Occidental en lo que va del año
- Guinea: Situación epidemiológica de la difteria

- Italia: Suben a 200 los casos autóctonos de dengue en 2024
- Palestina: La poliomielitis podría propagarse pronto si las vacunas no llegan al norte de Gaza
- Ruanda: Aumento en los casos de malaria
- Rumania: Caso de hantaviriosis en Iași
- Estudio pionero en su tipo que prueba una vacuna de ARNm contra el norovirus
- El aumento de las temperaturas conduce a más infecciones por *Salmonella* y *Campylobacter*

### 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

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

### 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.

Actualmente, Argentina está cursando una etapa interepidémica. Desde la semana epidemiológica (SE) 31 –comienzo de la temporada 2024/2025–, las provincias de Formosa y Chaco notificaron casos hasta la SE 42, sosteniéndose la circulación viral durante todas las SE, con un bajo nivel de detección. En este periodo se registraron casos en los departamentos Patiño, Capital, Pilcomayo y Pilagás, en la provincia de Formosa; y en el departamento San Fernando, en Chaco.

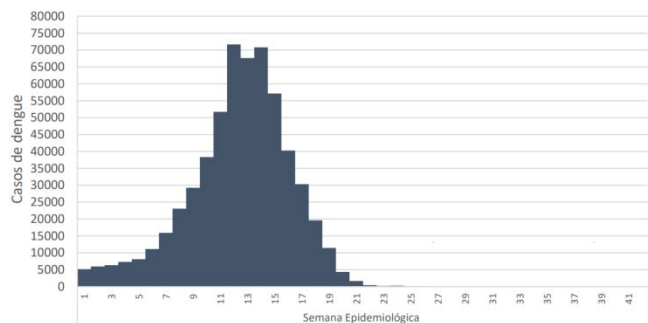
Durante la SE 42, las provincias de Córdoba y Mendoza confirmaron sus primeros casos autóctonos de la temporada; en Córdoba, fueron dos casos en la ciudad de Córdoba, y en la provincia de Mendoza, un caso en la ciudad de Mendoza.

Adicionalmente, se notificaron dos casos asociados a trasplantes de órgano (sin transmisión vectorial autóctona): uno con residencia en la provincia de Buenos Aires y otro con residencia en Santa Fe, asistido en Córdoba. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Tucumán, se notificaron dos casos de confirmados sin antecedente de viaje que continúan en investigación. En el resto de las jurisdicciones del país, en el momento actual, no hay evidencia de circulación viral.

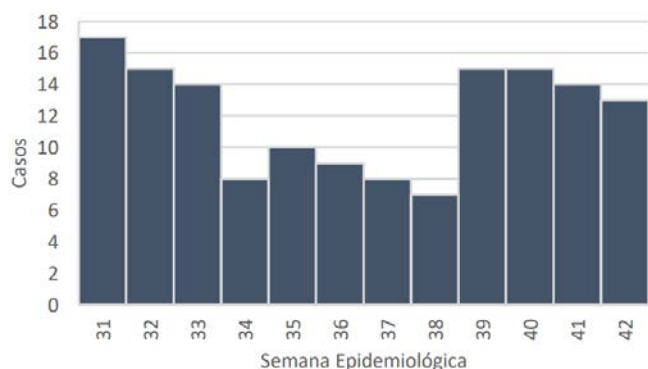
En las primeras 11 SE de la actual temporada 2024/2025, se notificaron 141 casos de dengue con y sin antecedentes de viaje, de los cuales 94 se confirmaron por métodos directos y el resto corresponde a casos probables en zonas con circulación.

En las últimas cuatro SE se notificaron 2.418 casos sospechosos, 2.006 consignan estudios de laboratorio en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (83%). Se confirmaron 34 a través de métodos directos (2% de positividad).

De los 3.872 sospechosos, 3.010 cuentan con estudio de laboratorios pero que no permiten la confirmación o el descarte del caso.



Casos confirmados. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados. Argentina. Año 2024, de semana epidemiológica 31 a 42. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Provincia/Región	Confirmados		Probables		Sospechosos		Descartados	Notificac. totales
	Autóctonos	En investig.	Autóctonos	En investig.	Lab.negativ.	Sin laborat.		
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	1	1	16	185	195	22	420
Buenos Aires	1	—	11	5	244	215	88	564
Córdoba	2	—	21	13	279	51	60	426
Entre Ríos	—	—	5	3	19	17	46	90
Santa Fe	—	1	6	4	132	54	54	251
<b>Centro</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>859</b>	<b>532</b>	<b>270</b>	<b>1.751</b>
Mendoza	1	—	3	—	54	5	22	85
San Juan	—	—	—	1	7	1	2	11
San Luis	—	—	—	—	5	3	6	14
<b>Cuyo</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>66</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>110</b>
Corrientes	1	—	9	2	62	40	2	116
Chaco	54	2	—	—	298	26	40	420
Formosa	70	4	1	—	755	—	—	830
Misiones	—	—	—	—	65	—	—	65
<b>Noreste Argentino</b>	<b>125</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>1.180</b>	<b>66</b>	<b>42</b>	<b>1.431</b>
Catamarca	—	—	2	—	107	10	1	120
Jujuy	—	—	—	2	167	8	36	213
La Rioja	—	—	3	1	25	11	6	46
Salta	—	—	6	3	155	52	50	266
Santiago del Estero	—	—	17	—	106	83	18	224
Tucumán	—	—	38	—	320	83	9	450
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>66</b>	<b>6</b>	<b>880</b>	<b>247</b>	<b>120</b>	<b>1.319</b>
Chubut	—	—	—	—	1	—	—	1
La Pampa	—	—	—	—	10	3	5	18
Neuquén	—	—	—	—	2	—	2	4
Río Negro	—	—	—	1	—	—	—	1
Santa Cruz	—	—	—	—	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	1	—	—	1
<b>Sur</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>25</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>129</b>	<b>8</b>	<b>123</b>	<b>51</b>	<b>2.999</b>	<b>857</b>	<b>469</b>	<b>4.636</b>

Casos autóctonos y en investigación, según clasificación y jurisdicción. Argentina. Año 2024, de semana epidemiológica 31 a 42. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Provincia/Región	Casos de dengue	Descartados	Notificaciones totales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	25.551	24.554	56.295
Buenos Aires	109.461	32.136	145.583
Córdoba	127.681	10.812	147.585
Entre Ríos	19.463	4.731	24.324
Santa Fe	61.479	19.307	72.987
<b>Centro</b>	<b>343.635</b>	<b>91.540</b>	<b>446.774</b>
Mendoza	4.802	1.745	8.767
San Juan	2.168	673	3.108
San Luis	3.864	764	4.471
<b>Cuyo</b>	<b>10.834</b>	<b>3.182</b>	<b>16.346</b>
Chaco	21.690	15.274	31.128
Corrientes	10.678	7.217	14.783
Formosa	10.600	10.467	23.350
Misiones	15.798	7.464	20.763
<b>Noreste Argentino</b>	<b>58.766</b>	<b>40.422</b>	<b>90.024</b>
Catamarca	11.077	6.572	15.364
Jujuy	14.155	3.864	19.821
La Rioja	11.935	1.408	14.580
Salta	24.172	7.453	34.193
Santiago del Estero	18.934	4.127	24.776
Tucumán	84.135	28.845	95.115
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>164.408</b>	<b>52.269</b>	<b>203.849</b>
Chubut	63	31	149
La Pampa	553	474	1.432
Neuquén	178	128	377
Río Negro	99	24	155
Santa Cruz	226	128	494
Tierra del Fuego	162	117	267
<b>Sur</b>	<b>1.281</b>	<b>902</b>	<b>2.874</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>578.924</b>	<b>188.315</b>	<b>759.867</b>

Casos de dengue y casos con laboratorio positivo según jurisdicción. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Se confirmaron cuatro casos importados: dos residentes de la provincia de Buenos Aires, uno con antecedentes de viaje a Brasil e identificación del serotipo DENV-2 y otro a Cuba sin identificación de serotipo; un caso residente en Córdoba, con antecedente de viaje a Cuba e identificación del serotipo DENV-4; un caso residente en la CABA, con antecedente de viaje a India y sin identificación de serotipo.

Por otra parte, se identificaron tres casos probables con antecedente de viaje: uno residente en Buenos Aires con viaje a México; y dos con antecedente de viaje a Cuba con residencia en Entre Ríos y Santiago del Estero.

Con respecto a los casos confirmados por métodos directos (94), entre las SE 31 y 42 de la temporada en curso, 53 casos contaron con resultados de serotipos (56,4%); de estos 53 casos, 44 (83,0%) correspondieron a DENV-2 y 9 (17%) a DENV-1.

En Formosa se identificó principalmente el serotipo DENV-2 (todos los casos de DENV-2 de esta temporada informados hasta el momento corresponden a esta provincia) y en menor medida DENV-1. Los casos identificados en Córdoba correspondieron a DENV-1. La provincia de Chaco aún no identificó el serotipo circulante.

## **Plan estratégico de prevención y control de dengue 2024-2025**

En el mes de Agosto de 2024, se presentó el [Plan estratégico de prevención y control de dengue 2024-2025](#), cuyo objetivo general es brindar un marco de referencia para fortalecer la capacidad de preparación y respuesta en todos los niveles del sistema sanitario, definiendo las competencias y funciones de rectoría a nivel nacional y proponiendo recomendaciones técnicas para los niveles jurisdiccionales y locales. Además, tiene como fin brindar lineamientos que sirvan de base para elaborar planes jurisdiccionales dentro del abordaje integral de dengue y otros arbovirus.

Dicho plan se divide en cuatro fases: de preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia y de recuperación. Asimismo, se compone de ocho pilares dentro de los que se encuentra el pilar de Vigilancia, investigación epidemiológica y ajuste de medidas de salud pública.

- **Fase de preparación:** Inició en la SE 31 de 2024, durante el período inter epidémico, cuando el número de casos de dengue se considera bajo en relación con los valores de incidencia históricos del país. El objetivo de establecer actividades en esta fase es anticiparse al incremento de la transmisión del virus y, por ende, al aumento de casos.

Durante este período, es fundamental contar con una comunidad activa en la prevención del dengue. Resulta crucial manejar la infodemia y promover la ética en la comunicación en salud para evitar situaciones que puedan generar alarma innecesaria. Además, es necesario priorizar la investigación sin descuidar ni afectar la atención sanitaria.

Se debe contar con un sistema de vigilancia epidemiológica sensible a detectar modificaciones, lo que permitirá una alerta temprana frente a la confirmación de circulación viral que pudiera dar inicio a un brote o epidemia. Es imprescindible mantener la vigilancia rutinaria. Se verificará que todos los casos sospechosos de arbovirosis en áreas no endémicas, incluyendo dengue severamente sintomático (DSSA), dengue clásico sintomático agudo (DCSA) y dengue grave (DG), sean notificados dentro de las 24 horas de su detección. Esto incluye casos de fiebre chikungunya con manifestaciones extraarticulares y graves, así como manifestaciones neurológicas y congénitas asociadas al virus Zika. Es necesario diseñar, desarrollar y poner a disposición los instrumentos para la recolección sistemática y la notificación de 100% de los casos sospechosos en todas las fases.

- **Fase de alerta temprana:** Comienza con un aumento en el registro de los casos. En este momento son claves las señales de alerta a los servicios de salud que den cuenta del incremento de casos que puede superar los valores históricos en poco tiempo.

Como indicador para detectar dicha fase de alerta, se consensó un aumento de tres semanas consecutivas de casos confirmados y probables a nivel de departamento.

- **Fase de respuesta a epidemias:** El aumento en el registro de casos observado en la fase de alerta temprana, se vuelve sostenido.

El indicador seleccionado para esta fase a nivel departamental resulta de la sumatoria de las siguientes condiciones por dos semanas consecutivas:

- Tasa de notificación cada 100.000 habitantes mayor o igual a 0,5; o tasa de confirmados/probables cada 100.000 habitantes mayor o igual a 0,1.
- Porcentaje de positividad por técnicas directas o indirectas mayor o igual a 50%.
- Casos confirmados/probables mayores o iguales a 10.

- **Fase de recuperación:** Se debe garantizar la continuidad de los servicios de salud y de las actividades claves en términos de prevención del evento. En esta fase se comienza a disminuir la intensidad de las acciones realizadas en el escenario anterior hasta que pueda desactivarse el operativo, teniendo como meta el estado de interepidemia para luego comenzar nuevamente con las fases planteadas.



ESTADOS UNIDOS  
DETECTAN POR PRIMERA VEZ EN ILLINOIS  
GARRAPATAS INFECTADAS CON  
*EHRlichia MURIS EAUCLAIRENSIS*  
24/10/2024

Por primera vez se ha detectado en Illinois una rara enfermedad transmitida por garrapatas, informaron autoridades sanitarias. La bacteria *Ehrlichia muris eauclairensis*, identificada en el condado de Lake, puede provocar una enfermedad grave en los seres humanos si no se trata rápidamente y, en ocasiones, puede ser mortal.

Esta es una bacteria emergente que causa enfermedad y se transmite a través de la picadura de garrapatas patas negras infectadas. Estos mismos artrópodos transmiten la enfermedad de Lyme, la anaplasmosis y la babesiosis, entre otras.



La bacteria fue aislada por primera vez de un residente de Wisconsin en 2009, y todos los casos humanos conocidos de la enfermedad ocurrieron en ese estado y Minnesota, o en individuos que viajaron desde esas áreas.

*E. muris eauclairensis* es una de las diversas especies de bacterias que se encuentran en Estados Unidos y que pueden causar una afección llamada erliquiosis. Los síntomas de la enfermedad suelen comenzar entre una y dos semanas después de la picadura e incluyen fiebre, escalofríos, dolores de cabeza, dolores musculares, erupciones cutáneas y malestar estomacal. Sin un tratamiento antibiótico temprano, la enfermedad puede provocar daños en el cerebro y el sistema nervioso, insuficiencia respiratoria, hemorragias incontroladas, insuficiencia orgánica e incluso la muerte, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.

Los niños menores de 5 años, los adultos mayores de 65 años y aquellos con un sistema inmunológico debilitado son los más propensos a experimentar síntomas graves, aunque cualquier persona que retrase el tratamiento con antibióticos puede estar en riesgo.

En Illinois, la erliquiosis se observa principalmente en las partes del sur del estado y se propaga a través de las picaduras de garrapatas estrella solitaria (*Amblyomma americanum*) infectadas. Sin embargo, con este último descubrimiento en el condado de Lake, las garrapatas patas negras también pueden transmitir la bacteria que causa la erliquiosis. Sin embargo, hasta el momento no se han reportado muertes por *E. muris eauclairensis* en Estados Unidos, según el Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin.

La garrapata patas negras se encuentra más comúnmente en áreas con bosques, matorrales, hojarasca y pasto alto y son más activas entre octubre y diciembre, o cualquier día de invierno con temperaturas superiores a 0°C, informó el Departamento de Salud Pública de Illinois.

“El descubrimiento de la primera garrapata en Illinois portadora de *E. muris eauclairensis*, causa de una enfermedad rara y grave, es un gran recordatorio de la importancia de nuestro programa de vigilancia activa de garrapatas en Illinois”, dijo el director del Departamento de Salud Pública de Illinois, Dr. Sameer Vohra, en un comunicado. “Cualquier persona que pase tiempo en áreas boscosas o con matorrales, incluidos los cazadores, debe asegurarse de verificar si hay garrapatas cada pocas horas y eliminar las que encuentre”.

Vohra continuó: “Si una persona experimenta síntomas comunes de enfermedades transmitidas por garrapatas, como fiebre, sudores, escalofríos, dolores musculares, náuseas o vómitos, debe consultar a su proveedor de atención médica de inmediato e informarle sobre la exposición a garrapatas para que se le puedan realizar pruebas y obtener tratamiento que puedan prevenir enfermedades graves”.





La edad recomendada a la que los estadounidenses deben recibir la vacuna antineumocócica se redujo de 65 a 50 años, anunciaron el 23 de octubre los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

“Reducir la edad de vacunación contra el neumococo ofrece a más adultos la oportunidad de protegerse de la enfermedad neumocócica a una edad en la que el riesgo de infección aumenta sustancialmente”, dijo la directora de los CDC, la [Dra. Mandy Krauthamer Cohen](#), en un comunicado de la agencia.

“Las bacterias neumocócicas pueden causar enfermedades graves, como neumonía, meningitis e infecciones del torrente sanguíneo, y los adultos mayores tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades neumocócicas”, explicó.

El panel asesor de los CDC había votado previamente 14 a 1 para reducir la edad de vacunación, y Cohen aprobó la medida poco después.

En [recomendaciones anteriores](#) se había recomendado la vacuna antineumocócica para dos grupos de edad vulnerables: niños menores de 5 años y personas mayores de 65 años. También se recomienda que se vacunen las personas de otras edades con determinadas afecciones de salud.

La enfermedad neumocócica es causada por *Streptococcus pneumoniae* y formas relacionadas. “Se estima que cada año se producen más de 150.000 hospitalizaciones por neumonía neumocócica en Estados Unidos y se ha demostrado que complica la infección de influenza”, [según los CDC](#).

“Los neumococos son la causa bacteriana más común de neumonía infantil, especialmente en niños menores de 5 años”, señaló la agencia. “En los adultos, los neumococos representan entre 10% y 30% de las neumonías en adultos adquiridas en la comunidad”.

La primera vacuna antineumocócica se autorizó en Estados Unidos en 1977.

El panel asesor de los CDC señaló que la enfermedad neumocócica tiende a aparecer antes en los estadounidenses negros (entre los 55 y los 59 años de edad) en comparación con los blancos. Ese fue parte del razonamiento de los expertos para que se reduzca la edad de la primera vacunación.

Es posible que se requieran dosis de refuerzo de la vacuna unos 15 años después de la primera.





El 26 de septiembre de 2024 se confirmó un caso asintomático de infección por el virus Usutu en Catalunya. Se trata de un varón adulto que presentó reacción en cadena de la polimerasa específica débilmente positiva en el screening para hemodonación y se confirmó mediante secuenciación.

El virus Usutu pertenece al género *Orthoflavivirus* y es transmitido por mosquitos. Supone la primera detección de una infección activa en España, aunque la enfermedad no está sujeta a vigilancia.

El riesgo de aparición de nuevos casos se considera moderado hasta el final de la temporada de mayor actividad de mosquitos (noviembre).

---

El virus Usutu es un arbovirus transmitido por mosquitos, del género *Flavivirus*, familia *Flaviviridae*, grupo IV. Fue identificado por primera vez en Sudáfrica en 1959, y es un arbovirus zoonótico emergente de interés debido a su patogenicidad para los humanos y su similitud en la ecología con otros arbovirus emergentes como el virus del Nilo Occidental. El virus Usutu es un *Flavivirus* perteneciente al complejo del virus de la encefalitis japonesa.

Se ha informado sobre el virus Usutu en varios países africanos, incluidos Senegal, República Centroafricana, Nigeria, Uganda, Burkina Faso, Côte d'Ivoire y Marruecos. Solo se han identificado dos casos humanos en África, en 1981 y 2004, un caso benigno y otro severo. El virus fue identificado por primera vez fuera de África en 2001 en Austria, donde causó una mortalidad significativa entre los mirlos del Viejo Mundo en Viena. El primer caso humano fuera de África se informó en Italia en 2009, donde un paciente inmunocomprometido se infectó, causando encefalitis.

El rango de hospedaje del virus Usutu incluye principalmente mosquitos *Culex*, aves y humanos. Una encuesta 2008-2009 de mosquitos y aves en Emilia-Romagna detectó el virus en 89 pools de *Culex pipiens* y en dos pools de *Aedes albopictus*. Se determinó que 12 aves silvestres, principalmente urracas europeas (*Pica pica*), cornejas cenicientas (*Corvus cornix*) y arrendajos eurasiáticos (*Garrulus glandarius*), eran positivos para el virus. La detección del virus Usutu en especies de mosquitos confirma el papel de *Culex pipiens* como vector principal y la posible participación de *Aedes albopictus* en el ciclo del virus.

La hidatidosis está mostrando un ligero aumento en el número de casos humanos en España, lo que requiere el mantenimiento de estrategias de control efectivas. Las medidas de control en España se aplican desde principios de la década de 1980 y se basan en la interrupción del ciclo de vida del parásito mediante la desparasitación regular de perros y ganado, la inspección veterinaria de vísceras y despojos en matadero y la educación de la población rural sobre prácticas higiénicas adecuadas. A pesar de estos esfuerzos, la hidatidosis sigue representando un desafío significativo para la salud pública en las áreas endémicas.

El Instituto de Salud 'Carlos III' realizó un análisis descriptivo de los casos de hidatidosis notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2023, con especial interés en la notificación de este último año. La extracción de datos se efectuó el 10 de septiembre de 2024.

El estudio abarca todo el territorio español: las 17 comunidades autónomas y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

En el periodo 2015-2023 se notificaron a la RENAVE un total de 762 casos de hidatidosis, de los cuales 350 fueron autóctonos (46,0%), 52 importados (6,8%) y 360 casos sin información al respecto (47,2%).

El mayor número de casos se registró en 2015. Desde entonces, esta cifra ha ido descendiendo progresivamente hasta 2019, año en que se alcanza el mínimo, con un ascenso progresivo posterior hasta 2023.

En el año 2023, se notificó un total de 91 casos, de los cuales la mayoría fueron autóctonos (67 casos; 73,6%), 20 fueron importados (22,0%) y solo 4 casos no disponían de información al respecto (4,4%). De los 71 casos considerados autóctonos, solo 39,4% fueron casos nuevos, 1,4% fueron recidivas y en 59,2% (42 casos) no se disponía de esta información.

Durante el periodo 2015-2023, se han notificado casos de hidatidosis en 15 comunidades autónomas. El mayor número de casos reportados corresponde a Castilla y León, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana. Castilla y León presentó la mayor cifra, con un total de 140 casos, destacando por número de casos y la notificación constante a lo largo de los años. La Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana, por su parte, reportaron 116 y 105 casos, respectivamente, mostrando variaciones en los distintos años.

Andalucía mostró un aumento en 2023, pasando de tener pocos o ningún caso en los años previos a reportar 15 casos. Otras comunidades como Castilla-La Mancha y Catalunya también presentaron fluctuaciones, con picos en algunos años y descensos en otros. En contraste, regiones como Cantabria, Euskadi y Aragón reportaron menos casos, con algunos años sin notificaciones. Ceuta, Galicia, Baleares y Melilla no notificaron casos de hidatidosis en el periodo 2015-2023.

Finalmente, en los últimos dos años (2022 y 2023), se han notificado casos autóctonos de hidatidosis en 13 comunidades autónomas. Considerando la distribución de los casos por región, las tasas de notificación aumentaron en ocho comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Comunidad de Madrid, Región Foral de Navarra, Extremadura, La Rioja, Principado de

Asturias y la Región de Murcia), disminuyeron en cuatro (Castilla y León, Castilla-La Mancha, Catalunya y Euskadi) y se mantuvieron iguales en una (Comunidad Valenciana).

Los datos analizados muestran una disminución progresiva en las tasas de notificación de la enfermedad hasta el año 2019, seguida de un leve repunte en los casos notificados y tasas de notificación hasta 2023. La disminución progresiva en los casos de hidatidosis podría estar relacionada con el mantenimiento constante de las estrategias de prevención y control (desparasitación regular de perros y ganado y la inspección sanitaria de vísceras en matadero). A su vez, una disminución en el número de casos notificados en 2019 o 2020 puede ser atribuible a la dificultad de la gestión de datos durante el periodo de la pandemia de covid.

Sin embargo, también es importante considerar el posible retraso diagnóstico en esos años por sobrecarga en los hospitales, lo que podría haber contribuido al aumento de identificación de nuevos casos en los años siguientes. A partir de este momento (desde 2021), el incremento puede deberse a una estabilización en la notificación de la enfermedad o estar relacionado con varios factores, como la movilidad de la población (residentes extranjeros), cambios en las prácticas agrícolas y ganaderas, deficiencias en la educación ciudadana y relajación en relación a las prácticas de desparasitación de animales de compañía o, incluso, variaciones en la adherencia a las medidas de control en las diferentes comunidades autónomas.

---

La hidatidosis, también conocida como equinococosis quística, es una zoonosis de diagnóstico normalmente tardío y/o casual provocada por cestodos del género *Echinococcus*, de los cuales se han identificado cinco especies. Se trata de una enfermedad de distribución mundial, principalmente abundante en Sudamérica, Oceanía y Medio Oriente y que predomina en áreas rurales, donde la interacción de las diferentes especies domésticas que participan en su ciclo biológico y los seres humanos es más estrecha. Actualmente es considerada una enfermedad tropical desatendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En España únicamente se ha descrito *Echinococcus granulosus* como el causante de la enfermedad. Este parásito tiene un ciclo de vida complejo que involucra a animales, tanto domésticos (principalmente el perro y las ovejas), como silvestres y, a los seres humanos como huéspedes accidentales.

En España, la hidatidosis animal es endémica en ciertas áreas, especialmente en las regiones del norte y centro del país, donde se registran brotes periódicos de la enfermedad. Esta variabilidad en la epidemiología hace que algunos territorios sean focos constantes de la enfermedad en animales, mientras otras se mantienen libres de ella.

Su tasa de notificación en España ha ido disminuyendo desde que fue incluida como enfermedad de declaración obligatoria.

En mayo de 2023 comenzó una epidemia de infecciones causadas por el parvovirus B19 (B19V) que afectó a todas las categorías de edad y, en particular, a los niños. Su intensidad aumentó en el último trimestre de 2023 y alcanzó su punto máximo en marzo de 2024. Las razones de esta epidemia no están claramente establecidas, pero al igual que otras infecciones virales o bacterianas, podría estar relacionada al levantamiento de las medidas sanitarias (en particular, los confinamientos y las medidas de barrera) que siguieron a la pandemia de covid, durante las cuales se pudo haber creado una deuda de inmunidad.

Esta epidemia ha afectado a Francia con intensidad variable según la región. También se ha observado en otros países europeos. Se caracterizó por una alta incidencia de infecciones documentada por diferentes fuentes de datos. Fue la causa de una morbilidad significativa, particularmente en pacientes pediátricos, con un mayor número de casos pediátricos graves hospitalizados en unidades de cuidados intensivos.

Una encuesta realizada entre los laboratorios de virología hospitalaria realizada en abril de 2024 mostró un aumento de las infecciones materno-fetales en 2023 y 2024, confirmando el impacto de esta epidemia en el aumento de las infecciones materno-fetales por B19V y de las muertes fetales intrauterinas. El número de muertes atribuidas al B19V fue mayor que en años anteriores, pero sigue siendo relativamente bajo.

Desde abril de 2024, la vigilancia ha mostrado una disminución en todos los indicadores epidemiológicos monitoreados de manera rutinaria: disminución en el número de serologías positivas para B19V y en la tasa de positividad; reducción del número de visitas a urgencias y consultas ambulatorias por infección por B19V. A fines de septiembre de 2024, la incidencia mensual de infecciones por B19V era muy cercana a la del período preepidémico (171 IgM positivos en septiembre de 2024 frente a 188 en septiembre de 2019). La tasa de positividad de 8% en septiembre de 2024 (4% en septiembre de 2019) estuvo en constante descenso desde marzo de 2024 (20%).

En 2024, hasta el 30 de septiembre, el número de muertes relacionadas con la infección por B19V fue de diez. Seis muertes se produjeron en niños, cinco de las cuales ocurrieron entre enero y abril; estas cinco muertes afectaron a niños menores de un año, incluidos cuatro recién nacidos tras una infección congénita.

Las cuatro muertes de adultos ocurrieron entre abril y agosto. Esta cifra de 10 muertes es superior a la media de 1,8 anuales del período anterior a la pandemia de covid-19, cuando las muertes afectaban principalmente a adultos.

Salud Pública Francia estará atenta a la evolución de la incidencia a través de algunos de los indicadores establecidos, con el fin de detectar, si es necesario, una segunda ola epidémica. Sin embargo, dado el intenso nivel de circulación del B19V durante los últimos dos años, es probable que la situación epidemiológica se normalice y que se retorne a las tendencias habituales: transmisión anual con rebrote moderado a fines del invierno y principios de la primavera.



*GRECIA*

REGISTRARON 213 CASOS AUTÓCTONOS DE FIEBRE  
DEL NILO OCCIDENTAL EN LO QUE VA DEL AÑO

*23/10/2024*

En 2024, hasta el 23 de octubre, se han diagnosticado e investigado en Grecia un total de 213 casos autóctonos de fiebre del Nilo Occidental, de los cuales 154 casos presentaron manifestaciones del sistema nervioso central (encefalitis y/o meningitis y/o parálisis flácida aguda) y 59 casos mostraron manifestaciones leves o nulas. La mediana de edad de los pacientes con manifestaciones del sistema nervioso central es de 75 años (rango: 4-92 años).

Durante la última semana epidemiológica, se reportaron tres nuevos casos autóctonos.

También hubo cinco casos importados de pacientes expuestos en el extranjero: tres en Albania, uno en Austria y uno en India.

Se han registrado 33 muertes en pacientes infectados por el virus del Nilo Occidental, todos mayores de 60 años, con una edad media de 80 años, y un rango de 61-92 años. Una muerte adicional de un paciente diagnosticado con la infección se atribuyó a otro grave problema de salud coexistente, y no está incluido en el número total de muertes.

El primer caso registrado en 2024 reportó su inicio de síntomas el 21 de junio (semana epidemiológica 25).

Un estudio seroepidemiológico realizado en 2010 mostró que, por cada caso de infección por el virus del Nilo Occidental con afectación del sistema nervioso central, existen aproximadamente 140 personas infectadas con el virus con síntomas leves o asintomáticas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue monitoreando de cerca el brote de difteria en Guinea. Desde el 25 de agosto de 2024, se han notificado 115 nuevos casos sospechosos, incluidas 14 nuevas muertes. Se observó una tendencia fluctuante en el número de casos entre la semana epidemiológica (SE) 34 y la SE 39 de 2024, con un promedio de 26 casos sospechosos notificados por semana. En la SE 39 de 2024, se notificaron 23 casos clínicamente compatibles y tres muertes en cuatro distritos sanitarios de las regiones de Kankan (22 casos; 3 muertes) y Kindia (1 caso).

Entre la SE 11 de 2023 y la SE 39 de 2024, se notificó un total de 6.524 casos sospechosos en siete regiones: Kankan (6.230 casos; 95,5%), Mamou (136 casos; 2,2%), Conakry (69 casos; 1,1%), Faranah (37 casos; 0,5%), Kindia (36 casos; 0,6%), Labé (13 casos; 0,1%) y Nzérékoré (3 casos; 0,1%). Entre los 6.524 casos sospechosos, 5.902 (90,5%) fueron clínicamente compatibles, 109 (1,7%) se detectaron por vínculo epidemiológico, 86 (1,3%) se confirmaron mediante laboratorio y 427 (6,5%) se clasificaron como no casos. Se registraron 175 muertes, en las regiones de Kankan (161), Faranah (5), Kindia (3), Conakry (2), Mamou (2) y Nzérékoré (2).

El distrito sanitario de Siguiri, en la región de Kankan, sigue siendo el epicentro, con 6.020 casos acumulados (92,3%) y 141 muertes acumuladas (80,6%) notificadas desde el comienzo del brote. En general, los grupos de edad más afectados son los de 6 a 10 años (23%), 11 a 15 años (20%) y 16 a 20 años (19,0%), y las mujeres representan 59,0% de los casos.

### **Acciones de salud pública**

- Las reuniones de coordinación del comité técnico nacional y los grupos de trabajo técnicos sobre difteria siguen celebrándose bajo la dirección del Ministerio de Salud, con el apoyo y la participación activa de la OMS y otros asociados.
- Continúan la investigación de casos, la búsqueda activa de casos, el rastreo de contactos y la introducción de datos de casos en el DHIS2.<sup>1</sup>
- La recolección de muestras y su transporte al laboratorio de referencia en Conakry continúa con el apoyo del Servicio Aéreo Humanitario de la Organización de Naciones Unidas.
- Se proporciona profilaxis antibiótica (amoxicilina, azitromicina) a los contactos de los casos de difteria, y se está llevando a cabo el tratamiento clínico de los casos en las zonas afectadas.
- En julio de 2024 se completaron las dos rondas de la campaña de vacunación en Siguiri.
- Se están llevando a cabo actividades de comunicación de riesgos, incluida la sensibilización de la comunidad sobre la prevención de la difteria mediante la inmunización sistemática y la sensibilización de los contactos de los casos confirmados sobre la importancia de la vacunación.

### **Interpretación de la situación**

<sup>1</sup> DHIS2 es una plataforma de software gratuita y de código abierto para la recopilación, notificación, análisis y difusión de datos agregados e individuales.

Después de más de un año de respuesta de salud pública al prolongado brote de difteria en Guinea, se han observado algunos esfuerzos positivos en el manejo de los casos y los contactos, incluida una alta cobertura de vacunación entre los contactos (que llega hasta 100% semanalmente) y una reducción significativa en el tratamiento ambulatorio de los casos, ya que todos los casos de difteria se tratan ahora en el centro de tratamiento de Siguiiri. No obstante, la vacunación sigue siendo un reto, ya que solo unas pocas comunas del distrito sanitario de Siguiiri fueron cubiertas durante las dos rondas de la campaña de vacunación. Por lo tanto, se alienta a la OMS y a otros asociados a que incrementen su apoyo técnico y financiero para las campañas de vacunación masiva en todos los distritos y regiones afectados.





En 2024, hasta el 22 de octubre, el Sistema Nacional de Vigilancia de Arbovirosis de Italia registra 657 casos confirmados de dengue (457 asociados a viajes al extranjero y 200 casos autóctonos), con una mediana de edad de los casos de 45 años, de los que 51% son hombres; no se registraron muertes por esta enfermedad.

El mayor foco, con 136 casos, todos sintomáticos y con identificación del serotipo DENV-2 del virus Dengue, se localiza en un municipio de la región de Marche. De estos casos, 134 fueron notificados por la región de Marche. Además, se han notificado dos casos en Toscana, con vínculos epidemiológicos con los casos de Marche. En los últimos 11 días (11 a 22 de octubre) no se han notificado nuevos casos, lo que pone de relieve una reducción significativa en el número de nuevas infecciones asociadas a este brote durante las últimas cuatro semanas, que continúan siendo testadas y confirmadas.

Otro brote, de menores dimensiones (35 casos confirmados con identificación del serotipo DENV-2), se identificó en un municipio de la región de Emilia-Romagna, que no registra nuevos casos desde hace aproximadamente un mes y en el que actualmente se están llevando a cabo investigaciones epidemiológicas. De momento no existe evidencia que relacione estos casos con el brote descrito previamente.

Finalmente, se reportó un brote con 12 casos confirmados en Lombardia (serotipo DENV-1) sin nuevos casos en los últimos 20 días; y un brote con ocho casos confirmados en Abruzzo y ningún caso nuevo en los últimos 15 días. Se están realizando investigaciones epidemiológicas para ambos brotes.

Al 22 de octubre, todos los brotes autóctonos de dengue en el país están controlados y no muestran signos de actividad reciente. Se ha activado la fase final de seguimiento encaminada al cierre definitivo de los focos.

Se han notificado algunos casos autóctonos esporádicos y pequeños brotes por los serotipos DENV-1, DENV-2 y DENV-3 en Veneto (1 caso), Emilia-Romagna (1 caso), Toscana (2 casos), Marche (3 casos) y Abruzzo (2 casos). Las investigaciones epidemiológicas realizadas hasta el 22 de octubre no detectaron vínculos epidemiológicos o microbiológicos con los casos notificados en otras regiones ni con los demás focos descritos.

Al identificarse todos los casos autóctonos notificados, se activaron las medidas de control de mosquitos vectores (del género *Aedes*) y las medidas de prevención necesarias para garantizar la seguridad de las transfusiones y trasplantes en las zonas afectadas, tal como lo prevé el Plan Nacional de Arbovirosis.

---

En 2023 se habían notificado 82 casos autóctonos de dengue en Italia, y 10 en 2020.



”Es imperativo detener el brote de poliomielitis en Gaza antes de que más niños queden paráliticos y el virus se extienda”, declaró el 24 de octubre la portavoz del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA). Louise Wateridge añadió que “la campaña de vacunación debe facilitarse en el norte mediante la aplicación de pausas humanitarias”.



Un niño en Deir Al-Balah, en el centro de Gaza.

Para interrumpir la transmisión, al menos 90% de todos los niños de cada comunidad y barrio deben recibir una segunda dosis tras el relativo éxito de la primera ronda el mes pasado.

La tercera y última fase de la campaña, que debía comenzar hace más de 24 horas en todo el norte del país, debió ser aplazada debido a la escalada de violencia, los intensos bombardeos, las órdenes de desplazamiento masivo y la ausencia de pausas humanitarias.

“Las condiciones actuales, incluidos los continuos ataques contra las infraestructuras civiles, siguen poniendo en peligro la seguridad y la circulación de las personas en el norte de Gaza, lo que hace imposible que las familias lleven a sus hijos de forma segura para vacunarlos y que los trabajadores sanitarios puedan operar”, declaró Wateridge.

La iniciativa pretendía vacunar a unos 120.000 niños en todo el norte.

Desde el comienzo de la segunda ronda de la campaña contra la poliomielitis el 14 de octubre, 442.855 niños menores de 10 años han sido vacunados con éxito en el centro y sur de la Franja de Gaza, lo que supone 94% del objetivo en estas zonas.

### La “pesadilla” empeora rápidamente

“La pesadilla en el norte de Gaza se está intensificando”, advirtió Wateridge. “Durante casi tres semanas, hemos advertido repetidamente que las operaciones militares en curso están poniendo a decenas de miles de civiles en grave peligro”.

Más de 400.000 personas permanecen atrapadas en el norte, donde Israel ha intensificado su ofensiva diciendo que los militantes de Hamás se están reagrupando allí.

La portavoz del UNRWA dijo que la gente en el norte está experimentando un sufrimiento extremo con “niveles desgarradores de muerte, lesiones y destrucción”.

“Los civiles están atrapados bajo los escombros, los enfermos y heridos no reciben asistencia sanitaria vital, las familias carecen de alimentos, sus hogares han sido destruidos, no tienen refugio y ningún lugar es seguro”.

En el centro de Gaza, al menos 18 personas, entre ellas niños y un bebé de 11 meses, murieron en un bombardeo israelí en una escuela que albergaba desplazados en el campo de refugiados de Nuseirat, según fuentes médicas. El ataque también ha causado al menos 42 heridos.

## Acceso denegado

”Desde hace tres semanas no llegan alimentos ni ayuda al norte, y no hay mercados ni tiendas que vendan suministros alimentarios”, explicó.

La ofensiva militar también ha cortado el acceso a lo esencial para la supervivencia, incluida el agua.



Esto es lo que queda de la oficina del UNRWA en la ciudad de Gaza.

Los puntos médicos del UNRWA en el norte y sus ocho pozos de agua en Jabalia están fuera de servicio y el combustible para hacer funcionar las instalaciones de agua se ha agotado, lo que obliga a la gente a arriesgar sus vidas sólo para encontrar agua potable.

“Aunque el UNRWA y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) facilitaron el paso de un convoy de alimentos a la ciudad de Gaza el 15 de octubre, el asedio israelí impidió que llegue a la gente de allí durante las últimas tres semanas. Los equipos del UNRWA están listos para prestar servicios en los refugios, pero necesitan suministros para hacerlo”, dijo.

“Hay un enorme sentimiento de frustración entre las familias desplazadas en el norte de Gaza debido a los horrores a los que se enfrentan, que describen como una transmisión en directo de su muerte y sufrimiento. Estamos recibiendo súplicas desesperadas de nuestros colegas y amigos del norte de Gaza”, dijo.

### “La ONU nunca ha estado bajo un ataque más feroz”

En Gaza, al menos 232 miembros del personal del UNRWA han sido asesinados, más de 200 de sus instalaciones han sido dañadas o destruidas y un proyecto de ley en la Knesset israelí pretende poner fin a las operaciones en el Territorio Palestino Ocupado, dijo el 24 de octubre el responsable de la agencia, Philippe Lazzarini, en una conferencia celebrada en París sobre la escalada de la crisis en El Líbano.

El responsable indicó que la Organización de Naciones Unidas (ONU) “nunca ha estado bajo un ataque más feroz”, asegurando que el sistema multilateral “se ha convertido en otra víctima” de la guerra de Gaza.

“Las violaciones del Derecho Internacional Humanitario que estamos presenciando en los Territorios Palestinos Ocupados y en toda la región pueden sentar precedentes para otras situaciones de conflicto y debilitar el orden internacional. Debemos oponernos a los intentos de intimidar y socavar a la ONU, incluido el UNRWA”, añadió Lazzarini.

Los casos de malaria aumentaron significativamente en Ruanda en los últimos nueve meses, según los datos más recientes del Centro Biomédico de Ruanda (RBC).

De enero a septiembre, unas 518.000 personas contrajeron malaria en todo el país, frente a las 370.000 del mismo período del año pasado, informó el 23 de octubre el RBC. Los datos también revelaron un saldo de 61.000 muertes entre los infectados.

Aimable Mbituyumuremyi, jefe de la división de malaria del RBC, atribuyó el aumento a la temporada de lluvias, que creó más zonas de reproducción para los mosquitos portadores de la malaria.

Durante el mismo período, se registraron alrededor de 1.900 casos de malaria grave. Dijo que se reforzarían las medidas de prevención y control de la malaria, con más trabajadores sanitarios comunitarios capacitados para tratar los casos con rapidez y prevenir desenlaces graves.

En la actualidad, los trabajadores sanitarios comunitarios de Ruanda atienden alrededor de 60% de los casos de malaria en sus comunidades.

A pesar del reciente aumento de casos, Ruanda ha logrado un progreso significativo en la reducción de los casos de malaria de un 88% en los últimos siete años, gracias a la amplia participación de la comunidad y otras intervenciones. La incidencia de malaria se redujo de unos 5 millones de casos en 2017 a 600.000 en 2023.

Ruanda se ha fijado como objetivo eliminar la malaria para 2030.

Un hombre de 41 años de Bacău fue trasladado al Hospital Clínico ‘Dr. Constantin Ion Parhon’ de Iași, tras ser diagnosticado con una infección por hantavirus.

“La principal forma de transmisión del hantavirus es a través del contacto directo con heces de roedores y la ingestión accidental del virus a través de las manos sin lavar. Este riesgo es mayor durante las actividades al aire libre, como acampar, especialmente en zonas montañosas, donde comer y dormir al aire libre expone a las personas a un mayor riesgo de infección”, afirmó el Dr. Ionuț Nistor, nefrólogo.

El traslado fue solicitado por la familia, considerando que los médicos del Hospital Parhon tienen experiencia en el tratamiento de casos similares desde hace diez años. El paciente inicialmente presentó dolor lumbar, y posteriormente desarrolló problemas respiratorios que lo llevaron a ser evaluado en varios servicios médicos. Luego se presentó en la Unidad de Recepción de Emergencias de Bacău, donde fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Después de la hospitalización, la enfermedad empeoró, manifestándose en insuficiencia respiratoria, renal y hepática aguda.

“Al investigar las causas de esta enfermedad multiorgánica, los médicos de Bacău también consideraron la posibilidad de una leptospirosis o una hantavirosis, estableciendo este último diagnóstico. Además, el paciente presentaba otras afecciones asociadas, que empeoraron significativamente su estado general, requiriendo monitoreo en la unidad de cuidados intensivos. Se encuentra ingresado en nuestro centro desde hace tres días, y bajo tratamiento de soporte y antibioterapia. Su evolución es favorable: la función renal es buena y la función hepática se va recuperando poco a poco. Esperamos que la recuperación continúe favorablemente”, afirmó Nistor.

El primer caso de infección por hantavirus fue diagnosticado en Iași, en el hospital “Parhon”, en 2008, por la Dra. Irinel-Doina Maftci. Desde entonces se han atendido aquí 23 casos, todos ellos graves. Los especialistas explican que el virus se transmite desde ratones silvestres al inhalar aerosoles de la orina de estos roedores, y los más expuestos son aquellos que viven cerca de los bosques, que van a cortar leña o que acampan en esas zonas. Los síntomas de la infección incluyen fiebre y dolores musculares, similares a los de otros virus, y a los pocos días el paciente puede dejar de orinar. El daño hepático suele ser leve, en comparación con la leptospirosis, donde el daño hepático es mucho más grave. También puede ocurrir afectación pancreática y pulmonar. Si el curso de la enfermedad es desfavorable, existe el riesgo de alcanzar un estado de shock que requiera apoyo para las funciones vitales.

“La infección por hantavirus fue confirmada en Bacău dos o tres días antes del traslado del paciente a Iași. Aunque no sabemos el momento exacto del contagio, suponemos que, en las últimas tres semanas, el paciente tuvo al menos una salida en una zona cercana al bosque. Sin embargo, es importante señalar que vive en la ciudad. Todos los casos de hantavirus son graves y pueden progresar dramáticamente. En muchas situaciones, los pacientes desarrollan insuficiencia orgánica múltiple, incluida insuficiencia renal y pulmonar, y la mayoría requiere monitoreo en unidades de cuidados intensivos, diálisis o asistencia respiratoria. Es funda-

mental ser consciente de los riesgos asociados a los paseos al aire libre, especialmente en zonas conocidas endémicas de hantavirus, como la zona de Moldovei”, afirmó el médico.

---

El artículo no especifica el hantavirus implicado en este caso. Se mencionan los roedores como huésped reservorio. El topillo rojo (*Myodes glareolus*) es el hospedador del hantavirus Puumala, que está ampliamente distribuido en Europa. El virus Puumala es endémico en Europa y causa fiebre hemorrágica con síndrome renal. Los brotes de infecciones por el virus Puumala en el pasado se han relacionado con aumentos en la población de topillos rojos. Otro hantavirus relacionado con los topillos es el virus Tula, miembro de la familia Hantaviridae, género *Orthohantavirus*. Se ha aislado del topillo campesino (*Microtus arvalis*). El virus Tula está ampliamente distribuido en diferentes partes de Eurasia, es hospedado por el topillo campesino, pero también se ha encontrado en especies de topillos relacionadas. Los hallazgos clínicos de patogenicidad del virus Tula son muy raros. Es poco probable que el caso anterior se deba a este virus. También se menciona a la rata parda (*Rattus norvegicus*) como huésped del hantavirus de Seoul, que se distribuye en todo el mundo donde habita esta rata.

El hantavirus Dobrava-Belgrado es un agente causal de la fiebre hemorrágica con síndrome renal. Presenta cuatro genotipos en diversas ubicaciones geográficas y cada uno con un huésped roedor:

- Dobrava, sureste de Europa - Ratón leonado (*Apodemus flavicollis*)
- Kurkino, norte y este de Europa - Ratón listado (*Apodemus agrarius*)
- Saaremaa, Estonia y Eslovaquia - Ratón listado (*Apodemus agrarius*)
- Sochi, región costera del Mar Negro de Rusia - Ratón de campo del Mar Negro (*Apodemus ponticus*).

Se está lanzando en todo el mundo un estudio pionero de su tipo que prueba una vacuna de ARNm contra el altamente contagioso norovirus, que causa vómitos y diarrea, y suele alcanzar su pico en los meses más fríos.

No existe una vacuna ni un tratamiento específico para el norovirus y, aunque la mayoría de las personas mejoran en unos pocos días, puede enfermar gravemente a los jóvenes, a los adultos mayores y a las personas con sistemas inmunitarios debilitados.

El nuevo ensayo clínico de última etapa identificará qué tan bien protege la vacuna contra enfermedades moderadas a graves y reclutará a unos 25.000 adultos en el Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia y países sudamericanos, según el Instituto Nacional de Investigación en Salud y Atención Sanitaria (NIHR) del Reino Unido.

La mayoría de los participantes tendrán 60 años o más, mientras que 5.000 tendrán entre 18 y 59 años. Los pacientes estadounidenses ya han comenzado a recibir la vacuna. En el Reino Unido, se reclutarán alrededor de 2.500 personas entre finales de octubre de 2024 y principios de 2025, según el NIHR.

Se trata de un ensayo de fase tres, que suele ser el último paso antes de que un fabricante de medicamentos solicite a las agencias reguladoras que aprueben su vacuna o medicamento para el público si los resultados son positivos. Se espera que el estudio dure unos dos años.

“Los brotes de norovirus tienen enormes consecuencias, tanto para los sistemas de salud como para la economía”, dijo el Dr. Patrick Moore, codirector de la red de ensayos clínicos Wessex Research Hubs y responsable del estudio del Reino Unido. “Este ensayo innovador es crucial para ayudarnos a avanzar en la atención sanitaria”, añadió.

Se calcula que en el Reino Unido el norovirus cuesta al Servicio Nacional de Salud (NHS) más de 130 millones de dólares al año. El secretario de Sanidad británico, Wesley Paul William Streeting, afirmó que “una vacuna eficaz ayudará a que nuestro sistema sanitario se aleje de la enfermedad y se oriente a la prevención”, lo que contribuirá a aliviar la presión sobre el sistema.

Moderna, que fabricó una de las vacunas contra la covid basadas en ARNm, creó la vacuna candidata contra el norovirus. Melanie Ivarsson, directora de desarrollo de Moderna, dijo que el nuevo ensayo significa que “estamos un paso más cerca de proporcionar una nueva herramienta potencial para prevenir la infección por este virus altamente contagioso”.

La rama británica del estudio forma parte de una asociación de 10 años entre el Gobierno y Moderna para invertir en la investigación del ARNm y reforzar las capacidades de fabricación de vacunas del país.

---

En todo el mundo, se producen unos 685 millones de casos de norovirus al año y se calcula que causa unas 200.000 muertes al año, la mayoría en países de bajos ingresos. Entre los costos sanitarios y las pérdidas de productividad, el norovirus cuesta al mundo 60.000 millones de dólares al año.



Un reciente [análisis](#) proporciona evidencia de que las temperaturas más altas conducen a un aumento en las infecciones por *Salmonella* y *Campylobacter*.

Se realizó una búsqueda de estudios epidemiológicos revisados por pares publicados entre enero de 1990 y marzo de 2024.

De 3.472 resultados, se incluyeron 44 estudios en la revisión sistemática, que abarcaban más de un millón de casos de infecciones por *Salmonella* y *Campylobacter*. En total, 22 estudios examinaron la infección por *Salmonella*, 15 investigaron la infección por *Campylobacter* y siete evaluaron ambas infecciones. Los estudios abarcaron 27 países de los cinco continentes, pero la mayoría eran de países de altos ingresos.

Por cada aumento de un grado Celsius en la temperatura, el riesgo de infecciones por *Salmonella* y *Campylobacter* aumenta en un 5%.

Los hallazgos enfatizan la relación entre la temperatura y la incidencia de infecciones por *Salmonella* y *Campylobacter*.

Las temperaturas elevadas influyen directamente en el crecimiento y la replicación de patógenos, pero también inciden indirectamente en el almacenamiento de alimentos, los hábitos alimentarios (como el consumo de alimentos crudos o poco cocidos) y las prácticas de manipulación de alimentos durante el clima más cálido.

Los resultados demuestran la importancia de implementar intervenciones y medidas específicas, como el establecimiento de sistemas de alerta temprana localizados y estrategias preventivas que tengan en cuenta las fluctuaciones climáticas.

En la mayoría de los estudios, las fuentes de datos principales fueron los sistemas nacionales de vigilancia de enfermedades de declaración obligatoria y las bases de datos regionales de salud, y los registros hospitalarios se utilizaron dos veces. En 40 estudios, se recogieron datos de exposición de agencias meteorológicas nacionales, y en los cuatro restantes se utilizaron datos de temperatura validados y obtenidos por teledetección.

En el caso de los estudios de infección por *Salmonella*, los investigadores observaron una asociación positiva entre la temperatura media anual de los lugares de estudio y las estimaciones de efectos obtenidas en el continente de Oceanía, en comparación con las estimaciones de Asia. Sin embargo, no encontraron ninguna asociación entre la latitud, la longitud y el producto interno bruto per cápita de los países.

La temperatura desempeña un papel fundamental en la proliferación de patógenos. *Salmonella* exhibe una multiplicación óptima dentro de un rango de temperatura de 35 a 37°C. Sin embargo, cuando las temperaturas caen por debajo de los 15°C, la propagación se reduce significativamente.

Las especies de *Campylobacter* prosperan mejor a temperaturas de entre 30 y 42°C. Se observó una asociación positiva significativa entre el producto interno bruto per cápita de los países y las estimaciones de efectos en los estudios de infección por *Campylobacter*.

Las estimaciones de los efectos derivadas de la zona climática de veranos cálidos del Mediterráneo mostraron una asociación positiva con la zona climática de veranos cálidos continental. Sin embargo, no se encontraron asociaciones entre las estimaciones de los efectos de los estudios de infecciones y el continente, la latitud, la longitud o la temperatura media anual de las ubicaciones del estudio.

Los estudios identificaron importantes factores de riesgo de infección, entre ellos el consumo de pollo, el contacto con carne cruda y la ingestión de leche no pasteurizada o carne asada a la parrilla, todos ellos influenciados por los cambios en la temperatura ambiente.

El conjunto de pruebas existentes a partir de estudios epidemiológicos sugiere que las altas temperaturas aumentan el riesgo de infecciones entéricas. La asociación entre la temperatura y las infecciones entéricas varía en las distintas zonas climáticas, continentes y niveles de ingresos. Estos hallazgos podrían ayudar a la planificación de los servicios de salud y a orientar el desarrollo de medidas preventivas personalizadas y la optimización de la asignación de recursos.

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.