

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de fiebre chikungunya y otros flavivirus
- Situación epidemiológica del dengue y medidas de prevención

AMÉRICA

- Bolivia: Detectaron en La Paz 22 casos de fiebre de Oropouche
- Estados Unidos: Primer caso humano de infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en Texas

- Estados Unidos: Dramático aumento de los casos de sífilis entre los pueblos originarios

- Perú: Aumento en los casos de leptospirosis, diarrea y síndrome de Guillain-Barré

- Uruguay: Quinto caso de encefalitis equina del Oeste

EL MUNDO

- Australia: Aumentan los casos de fiebre del río Ross en Queensland

- China – Hong Kong: Investigan un caso humano de infección por el virus B

- Mozambique: Un brote de conjuntivitis afecta a miles de estudiantes

- Palestina: Fuerte aumento de las muertes de recién nacidos en Gaza

- Rumania: Detectan casos importados de fiebre tifoidea

- Sudán del Sur: Mortal brote de sarampión en el estado de Gharb al Istiwa'iyah

- Taiwán: Detectan ácido bongkrek en un restaurante implicado en un brote de intoxicaciones alimentarias

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
ANA CEBALLOS // 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 // PABLO BONVEHÍ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO
SERGIO CIMERMAN // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ

Patrocinadores

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

CSL Seqirus
WWW.SE-

Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero



GEMICOMED
seimc.org

Comité Nacional de Infectología SAP



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.

30/03/2024

En el período comprendido entre la semana epidemiológica (SE) 31 de 2023 y la SE 11 de 2024, se registraron en Argentina 338 casos de fiebre chikungunya, de los cuales 220 no tenían antecedentes de viaje, 30 fueron importados y 88 se encuentran en investigación.

Durante la temporada se registró circulación viral en las provincias de Chaco y Misiones en la región Noreste Argentino; en las provincias de Buenos Aires y Santa Fe de la región Centro; y Salta en la región Noroeste Argentino. Se registraron a su vez casos aislados en distintos partidos del conurbano bonaerense y en las provincias de Córdoba, Catamarca, Santiago del Estero y Formosa.

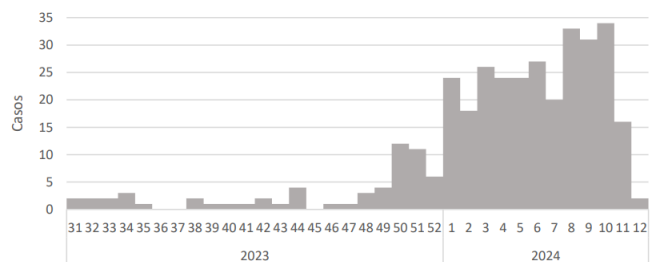
Entre la SE 49 y la SE 52 del año 2023 se verificó un aumento en el número de casos, con un promedio de 8 casos semanales, y a partir de la SE 1 de 2024 se registró un nuevo aumento, con un promedio de 25 casos semanales entre la SE 1 y la SE 11.

Otros flavivirus

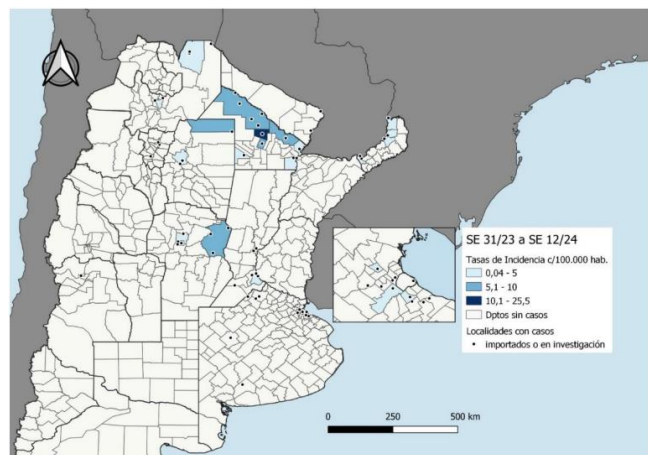
Entre la SE 31 de 2023 y la SE 12 de 2024, se notificaron los siguientes casos de encefalitis de Saint Louis:

- Buenos Aires: un caso probable;
- Córdoba: dos casos probables y dos casos confirmados;
- Entre Ríos: 18 casos probables, un caso confirmado y tres casos de infección remota.

Además, se registraron casos de infección por flavivirus sin especificar en las provincias de Buenos Aires (tres casos confirmados y un caso probable), Córdoba (un caso probable) y Entre Ríos (un caso probable).



Casos confirmados y probables de fiebre chikungunya. Argentina. Semanas epidemiológicas 31 de 2023 a 12 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Tasa de incidencia de casos confirmados autóctonos de fiebre chikungunya por departamento cada 100.000 habitantes y localidades con casos importados y en investigación. Argentina. Semanas epidemiológicas 31 de 2023 a 12 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

| Provincia/Región | Casos autóctonos | Casos en investigación | Casos importados | Total de casos | Casos investigados |
|---------------------------------|------------------|------------------------|------------------|----------------|--------------------|
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | – | – | 2 | 2 | 274 |
| Buenos Aires | 24 | 23 | 2 | 49 | 1.848 |
| Córdoba | 19 | 17 | 4 | 40 | 1.361 |
| Entre Ríos | – | – | – | – | 26 |
| Santa Fe | 48 | 47 | 10 | 105 | 1.909 |
| Centro | 91 | 87 | 18 | 196 | 5.418 |
| Mendoza | – | – | 1 | 1 | 123 |
| San Juan | – | – | – | – | 2 |
| San Luis | – | – | – | – | 11 |
| Cuyo | – | – | 1 | 1 | 136 |
| Chaco | 53 | – | 2 | 55 | 741 |
| Corrientes | – | – | – | – | 44 |
| Formosa | 3 | – | – | 3 | 782 |
| Misiones | 20 | – | 2 | 22 | 338 |
| Noreste Argentino | 76 | – | 4 | 80 | 1.905 |
| Catamarca | – | 1 | – | 1 | 10 |
| Jujuy | – | – | – | – | 83 |
| La Rioja | – | – | – | – | 115 |
| Salta | 50 | – | 3 | 53 | 622 |
| Santiago del Estero | 3 | – | 1 | 4 | 107 |
| Tucumán | – | – | 3 | 3 | 77 |
| Noroeste Argentino | 53 | 1 | 7 | 61 | 1.014 |
| Chubut | – | – | – | – | 3 |
| La Pampa | – | – | – | – | 1 |
| Neuquén | – | – | – | – | 5 |
| Río Negro | – | – | – | – | 1 |
| Santa Cruz | – | – | – | – | 7 |
| Tierra del Fuego | – | – | – | – | 2 |
| Sur | – | – | – | – | 19 |
| Total Argentina | 220 | 88 | 30 | 338 | 8.492 |

Casos de fiebre chikungunya notificados según clasificación y antecedente de viaje. Argentina. Semanas epidemiológicas 31 de 2023 a 12 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Desde el mes de diciembre, el Ministerio de Salud de Argentina realiza el seguimiento epidemiológico permanente con cada una de las jurisdicciones del país. Los datos que se conocen son generados y publicados semanalmente a través del boletín epidemiológico del organismo.

El 25 de marzo, se reunió el Consejo Federal de Salud, donde todos los ministros provinciales de Salud, junto con el ministro nacional, Mario Antonio Russo, y su equipo, analizaron las estrategias llevadas adelante en cada una de las jurisdicciones.

Todos los ministros coincidieron en que la eliminación del mosquito *Aedes aegypti* en el territorio es la primera línea de defensa para frenar el dengue, y que la clave es el trabajo local y peridomiciliario para combatirlo. Esta es una tarea que debe realizarse continuamente, no solo debido al contexto actual sino anticipándonos a la próxima temporada, para llegar con una menor población de mosquitos.

Hoy estamos sufriendo las consecuencias de la falta de prevención que hubo el año pasado, donde no se hizo el trabajo correspondiente. Lo mismo ocurrió por parte del ejecutivo nacional, que no compró los larvicidas para las provincias desde el año 2022. No podemos repetir los errores del pasado.

El Ministerio de Salud de Argentina trabaja evaluando la evidencia recolectada y tomando las medidas sanitarias más oportunas para el seguimiento epidemiológico en las distintas regiones del país, coordinando acciones de prevención y control en el territorio, sobre todo en las zonas con mayor circulación de la enfermedad.

A las acciones para el control del mosquito transmisor se sumó también el apoyo a la atención oportuna y adecuada de los casos, a través de una Red Federal de referentes clínicos para coordinar acciones en forma articulada y fortalecer el diagnóstico y el funcionamiento de los sistemas de salud.

Sobre la vacuna contra el dengue

El Ministerio de Salud de la Nación, en su rol de organismo rector encargado de definir una estrategia de inmunización como política de Salud Pública, destacó que la decisión de implementar la vacunación contra el dengue en el país conlleva una enorme responsabilidad y no puede quedar sometida al interés de determinados sectores que desinforman y generan preocupación.

En este sentido, resulta importante aclarar que la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó la seguridad de la vacuna Qdenga® en abril de 2023, pero desde aquel momento ni el gobierno anterior, ni los infectólogos, ni los organismos internacionales alcanzaron el consenso para recomendarla como estrategia para incluirla en el calendario nacional de vacunación. La vacuna continúa siendo sometida a estudios para establecer su efectividad según el rango etario y regiones endémicas. En este proceso, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos aún no la autorizó.

Además, la mencionada vacuna no es una herramienta que esté validada para controlar la transmisión de la enfermedad en el contexto de brote, tal como lo ha expresado la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en un reciente informe presentado sobre la situación del dengue en la región.

Asimismo, también es necesario recordar que hubo otro intento de producir una vacuna contra el dengue que se conoció como Dengvaxia®, una vacuna hecha con virus vivos debilitados (atenuados), que pretendió ser una solución pero que no obtuvo los resultados esperados.

Es por todo lo expuesto que la tarea de evaluación, que lidera el Ministerio, continuará llevándose a cabo con seriedad y compromiso sanitario, sin darle lugar a aquellos que buscan el desarrollo de negocios en detrimento de la salud de los argentinos.

El objetivo es recolectar la evidencia suficiente, junto a la Comisión Nacional de Inmunizaciones y la OPS, que permita determinar un programa de inmunización focalizada y por rango etario, que sea seguro y efectivo.

Desde el Gobierno Nacional, no se avalará que la política o los medios de comunicación sumen miedo y confusión, y se seguirá avanzando con la convicción de preservar la salud de la población. Instamos a las empresas vinculadas con la producción de vacunas a evitar presiones que pretenden apresurar decisiones que pueden poner en riesgo a los argentinos.

Con esta premisa, se continuará el combate contra el dengue, basado en la evidencia científica y no en las operaciones de prensa, manteniendo contacto permanente con todos los ministros de salud de las 24 jurisdicciones, dejando de lado cualquier diferencia partidaria. Las políticas implementadas hasta el momento han tenido el consenso de todas las autoridades sanitarias del país.



BOLIVIA

DETECTARON EN LA PAZ 22 CASOS
DE FIEBRE DE OROPOUCHE

02/04/2024

En el departamento de La Paz fueron detectados 22 casos de fiebre de Oropouche, de los que 20 se ubican en Irupana, en el norte de La Paz, informó el 2 de abril el jefe de la Unidad de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud (SEDES), Javier Mamani.

Un caso fue reportado en Cajuata y otro en Chulumani. La fiebre de Oropouche tiene similares síntomas a los del dengue: dolor de cabeza, fiebre, mialgia y artralgias.

“El SEDES ha realizado el relevamiento entomológico, en el cual se observa un elevado índice de infestación vectorial mayor a 50% en el domicilio”, explicó.

El SEDES desplegó personal en las regiones afectadas para realizar una investigación epidemiológica y entomológica, fumigación y bloqueo de foco, capacitación al personal, seguimiento clínico de pacientes, entre otras tareas.

El grupo más afectado corresponde a adultos, con 64% de los casos, adolescentes con 18% y niños de 5 a 12 años con 18%.

En febrero, la Organización Panamericana de la Salud alertó de un aumento de casos de la fiebre de Oropouche. Para su prevención, al igual que con el dengue, se deben aplicar medidas en los sitios de desarrollo y reposo de los vectores, la utilización de mosquiteros de malla fina en puertas y ventanas, el uso de prendas que cubran las piernas y brazos, repelentes, mosquiteros impregnados o no con insecticidas, sobre todo para embarazadas, enfermos, bebés y ancianos.

Este es el segundo informe de infección por el virus Oropouche en Bolivia en lo que va del año 2024, pero ahora en una localidad diferente. El primer reporte fue de casos en Pando y los casos actuales son en el departamento de La Paz. En las últimas semanas se han notificado casos de infección por el virus Oropouche en otros países. Es muy probable que las infecciones por el virus Oropouche no se notifiquen porque hacer un diagnóstico diferencial cuando los pacientes presentan una enfermedad febril generalizada requiere apoyo de laboratorio oportuno. Aunque el dengue puede ser el más probable en la lista de descartados, los virus Zika y Chikungunya también están presentes en las áreas donde el virus Oropouche puede estar circulando y deben ser tenidos en cuenta.

El vector principal del virus Oropouche es el mosquito *Culicoides paraensis*. Dado que el control de vectores es difícil y no existe vacuna para el virus Oropouche, evitar las picaduras de vectores es la única medida preventiva disponible en las localidades donde se produce la transmisión.



Una persona en Estados Unidos dio positivo para el virus de la influenza aviar altamente patógena (HPAI) A(H5N1), según informó el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS), lo que fue confirmado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Esta persona estuvo expuesta en Texas a ganado lechero, que se presume estaba infectado con el virus HPAI A(H5N1). El paciente informó enrojecimiento de los ojos (compatible con conjuntivitis), como único síntoma, y se está recuperando. Al paciente se le indicó que se aislara y está siendo tratado con un medicamento antiviral para la influenza. Esta infección no cambia la evaluación de riesgos para la salud humana de la influenza aviar A(H5N1) para la población general de Estados Unidos, que los CDC consideran baja. Sin embargo, las personas con exposiciones cercanas o prolongadas y sin protección a aves u otros animales infectados (incluido el ganado), o a ambientes contaminados por aves u otros animales infectados, corren un mayor riesgo de infección. Los CDC tienen recomendaciones provisionales para la prevención, el seguimiento y las investigaciones de salud pública del virus A(H5N1).

Los CDC están trabajando con los departamentos de salud estatales para continuar monitoreando a los trabajadores que pueden haber estado en contacto con aves/animales infectados o potencialmente infectados y realizar pruebas a las personas que desarrollan síntomas. Los CDC también tienen recomendaciones para los médicos sobre el seguimiento, las pruebas y el tratamiento antiviral para pacientes con infecciones por el virus de la influenza aviar A sospechosas o confirmadas.

Esta es la segunda persona que ha dado positivo para el virus de la influenza A(H5N1) en Estados Unidos. Un caso humano anterior ocurrió en 2022 en Colorado. Las infecciones humanas por los virus de la influenza aviar, incluidos los virus A(H5N1), son poco comunes, pero han ocurrido esporádicamente en todo el mundo. Los CDC han estado monitoreando las enfermedades entre las personas expuestas a aves infectadas con el virus A(H5) desde que se detectaron por primera vez brotes en aves de corral y aves silvestres de Estados Unidos a fines de 2021. Las enfermedades humanas por la influenza aviar A(H5N1) han variado desde leves (p. ej., infección ocular, síntomas de las vías respiratorias superiores) hasta enfermedades graves (p. ej., neumonía) que han provocado la muerte en otros países.

La influenza aviar A(H5) está muy extendida entre las aves silvestres en Estados Unidos y en todo el mundo. Estos virus también han causado brotes en bandadas de aves de corral comerciales y de traspaso, e infecciones esporádicas en mamíferos. La IAAP en vacas lecheras fue reportada por primera vez en Texas y Kansas por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) el 25 de marzo de 2024. La leche no pasteurizada de ganado enfermo recolectada en dos granjas lecheras en Kansas y una en Texas, así como un hisopado de garganta de una vaca en otra lechería en Texas, dio positivo para los virus HPAI A(H5) del clado genético 2.3.4.4b. que es el mismo clado que está muy extendido entre las aves a nivel mundial. El 29 de marzo de 2024, los Laboratorios Nacionales de Servicios Veterinarios (NVSL) del USDA confirmaron HPAI en un rebaño lechero de Michigan que había recibido recientemente vacas de Texas. El Servicio de Inspección de Sanidad Animal y Vegetal del USDA (APHIS) proporciona actualizaciones periódicas sobre detecciones en rebaños lecheros, así como información sobre hallazgos epidemiológicos y orientaciones de bioseguridad para ganaderos y veterinarios. El

análisis preliminar de los virus A(H5N1) no ha encontrado cambios que los harían resistentes a los medicamentos antivirales contra la influenza actualmente aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), por lo que se cree que son eficaces contra estos virus. Los virus candidatos para vacunas (CVV) desarrollados contra virus relacionados del clado 2.3.4.4b están disponibles para la fabricación de vacunas si es necesario y el análisis preliminar indica que pueden proporcionar una protección razonable contra los virus de la influenza A(H5N1). Las vacunas contra la influenza estacional no brindan protección contra estos virus. Se están realizando análisis de muestras de virus.

Los CDC están trabajando estrechamente con agencias estatales y federales, incluido el USDA, la FDA y las autoridades sanitarias locales para investigar más a fondo y monitorear de cerca esta situación.

Medidas de prevención

Según las [recomendaciones provisionales de los CDC](#), las personas deben evitar la exposición sin protección a animales enfermos o muertos, incluidas aves silvestres, aves de corral, otras aves domésticas y otros animales silvestres o domésticos (incluido el ganado), así como a cadáveres de animales, leche cruda, heces (excremento), basura o materiales contaminados por aves u otros animales con infección confirmada o sospechosa por el virus HPAI A(H5N1). Las personas no deben preparar ni comer alimentos crudos o poco cocidos ni productos alimenticios crudos relacionados, como leche (cruda) no pasteurizada, o productos elaborados con leche cruda, como quesos, de animales con infección confirmada o sospechosa por el virus HPAI A(H5N1) (influenza aviar). También están disponibles [recomendaciones específicas](#) para agricultores; propietarios de aves de corral, bandadas de traspatio y ganado; y protección de los trabajadores.

Las personas expuestas a aves u otros animales con infección confirmada o sospechosa por el virus HPAI A(H5N1) deben ser monitoreadas para detectar signos y síntomas de enfermedad durante 10 días después de la última exposición conocida, incluidas las personas que usan el equipo de protección personal recomendado. En el [sitio web de los CDC](#) se encuentra disponible información adicional sobre [acciones protectoras en cercanía de aves](#), incluido [qué hacer](#) si se encuentra un ave muerta.

[Según la FDA y el USDA](#), no hay preocupaciones con la seguridad del suministro comercial de leche en este momento porque los productos se pasteurizan antes de ingresar al mercado. Las lecherías están obligadas a enviar únicamente leche de animales sanos al procesamiento para el consumo humano; la leche de los animales afectados se está desviando o destruyendo para que no entre en el suministro de alimentos humanos. Además, se ha demostrado que la pasteurización inactiva bacterias y virus, como el de la influenza, en la leche. Se requiere pasteurización para cualquier leche que ingrese al comercio interestatal para consumo humano. La posición de larga data de la FDA es que la leche cruda no pasteurizada puede albergar microorganismos peligrosos que pueden representar riesgos graves para la salud de los consumidores, y [la FDA les recuerda a los consumidores](#) de los riesgos asociados con el consumo de leche sin pasteurizar a la luz de las detecciones de la IAAP.

Los CDC continúan trabajando con el USDA, la FDA y los departamentos de salud estatales para monitorear a las personas expuestas a animales infectados con el virus A(H5N1). Debido a que los virus de la influenza cambian constantemente, los esfuerzos continuos de vigilancia y preparación son fundamentales, y los CDC están tomando medidas en caso de que cambie la evaluación de riesgos para la salud pública. Esta es una situación en desarrollo y los CDC compartirán actualizaciones adicionales a medida que haya nueva información relevante disponible.

A medida que los casos de sífilis continúan aumentando en la región de las Grandes Llanuras, la Junta de Salud de Líderes Tribales de las Grandes Llanuras instó al Secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Xavier Becerra, a declarar una emergencia de salud pública.

South Dakota tiene actualmente la tasa de sífilis más alta del país, con 84,3 casos cada 100.000 habitantes, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). La tasa de sífilis en South Dakota es dos veces mayor que en la de New México, el estado con la segunda tasa de incidencia más alta.

La Junta de Salud afirmó que el artículo 319 de la Ley del Servicio de Salud Pública permite al Secretario de Salud y Servicios Humanos implementar medidas para prevenir la introducción, transmisión o propagación de enfermedades infecciosas.

“Los líderes electos de cada una de las naciones tribales del Área de las Grandes Llanuras les imploran que emitan una Declaración de Emergencia de Salud Pública bajo la Sección 319 de la Ley de Servicios de Salud Pública, reconociendo el brote significativo de sífilis y sífilis congénita que afecta a las comunidades de indios americanos y nativos de Alaska en nuestra región”, dijo Jerilyn Church, directora ejecutiva de la junta de salud.

“La tasa de sífilis entre los pueblos originarios de las Grandes Llanuras supera cualquier tasa registrada previamente en Estados Unidos desde 1941”, dijo Church. Después de la pandemia de covid, las tasas de sífilis entre los pueblos indígenas de las Grandes Llanuras se dispararon en 1.865%, superando el aumento nacional de 154%, según datos del Centro de Epidemiología Tribal de las Grandes Llanuras.

Además, uno de cada 40 bebés indígenas nacidos en 2022 fue diagnosticado con sífilis.

“Muchos de estos cientos de niños enfrentarán importantes desafíos de salud a largo plazo. Es imperativo comenzar a planificar su atención ahora para garantizar que no se queden atrás”, afirmó Church.

Como los centros de salud tribales son agencias de salud pública, el acceso a datos y recursos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) puede contribuir a respuestas efectivas. La Junta de Salud dijo que no recibe estos datos del HHS.

La Junta de Salud solicitó acción inmediata del HHS, incluido el acceso a datos de los Servicios de Salud Indígenas, fondos de emergencia adicionales, planificación de recursos de emergencia, personal acreditado adicional de agencias de salud pública tribales y 50 miembros adicionales del Servicio de Salud Pública para ayudar en los esfuerzos de diagnóstico y tratamiento.



Además del dengue, cuyos casos se han disparado en 278,6% en comparación con el año 2023, otras enfermedades en Perú presentan un panorama similar, según las salas de situación del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC-Perú) del Ministerio de Salud.

La leptospirosis, mal que se trasmite al ser humano por contacto con la orina de animales infectados o mediante el agua, el suelo o los alimentos contaminados con esa orina, ya ha afectado al 23 de marzo último a 3.590 personas a nivel nacional, y ha dejado dos fallecidos, en Huánuco y Loreto.

La cantidad de afectados es la más alta en los últimos cinco años y se ha detectado al menos un caso en 201 distritos de 22 departamentos y la Provincia Constitucional del Callao.

Las enfermedades diarreicas agudas están también en aumento. Se han notificado, hasta similar periodo, un total de 295.887 episodios y 15 fallecidos por esta causa. “El 67% de los casos se reportó en el grupo de mayores de 5 años, y 24,1% en el grupo de 1-4 años”, señaló el CDC-Perú.

Pasco, Loreto y Amazonas presentan la mayor incidencia y es más común “cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar o lavar”, ya que se genera por microorganismos que se transmiten por agua y/o alimentos con contaminación fecal.

El síndrome de Guillain-Barré es otro mal que tiene una tendencia al alza. Hasta el 19 de marzo, se registraron 102 casos y cuatro muertes. El número de afectados supera a los 44 reportados en el mismo periodo del año anterior.

Se detectó el quinto caso de encefalitis equina del Oeste en Uruguay, según informó el Ministerio de Salud Pública.

Se trata de un hombre de 54 años del departamento San José, que tiene contacto con caballos, según indicó el ministerio. El caso permanece internado, mientras que los cuatro casos anteriores ya fueron dados de alta.

Este es el tercer caso registrado en el departamento San José; los otros dos corresponden a los departamentos Maldonado y Montevideo.

Los cinco casos notificados hasta el momento son hombres, con edades comprendidas entre 42 y 73 años.

Hasta la fecha, han sido descartados 37 casos, mientras que otros 25 casos permanecen en estudio, once de los cuales dieron negativo en un primer análisis.

Los casos sospechosos son provenientes de Montevideo (7 casos), Canelones (4), Colonia (2), Lavalleja (2), Rivera (2), San José (2), Cerro Largo (1), Durazno (1), Río Negro (1), Rocha (1), Salto (1) y Tacuarembó (1).

Se define como caso sospechoso a toda persona que “presente fiebre de comienzo brusco, acompañado de cefalea o mialgias sin afectación de las vías aéreas superiores, sin foco aparente y que presente manifestaciones neurológicas, (vómitos, somnolencia, confusión, postración, temblores)”.



AUSTRALIA

AUMENTAN LOS CASOS DE FIEBRE
DEL RÍO ROSS EN QUEENSLAND

31/03/2024

Cada año, durante el fin de semana largo de Pascuas, muchos australianos salen de campamento o viajan a Queensland para aprovechar al máximo el clima cálido.

Este año, se les recomienda tomar precauciones contra el virus del río Ross a medida que aumentan los casos en el estado, con más de 1.500 detectados desde enero.

Qué es el virus del río Ross

El virus del río Ross, que causa una enfermedad conocida como poliartritis epidémica, se transmite a los humanos a través de mosquitos infectados.

Es la más común de las enfermedades transmitidas por mosquitos en Australia. No se transmite directamente de persona a persona.

Muchas personas infectadas con el virus no presentan síntomas, pero otras experimentan dolor e inflamación en las articulaciones y dolores en los músculos y tendones. Otros síntomas pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, fatiga, sarpullido rojo e inflamación de los ganglios linfáticos.

Algunos adultos se recuperan en unas pocas semanas, mientras que otros experimentan síntomas durante meses. Un pequeño número seguirá teniendo síntomas después de un año.

Dónde se registran casos

La infección por el virus del río Ross se considera endémica en muchas partes del país, pero es más común en las zonas tropicales de Queensland, Northern Territory y Western Australia.

En febrero, Salud de Queensland emitió una advertencia sobre un mayor riesgo de infección. La vigilancia detectó una gran cantidad de mosquitos portadores del virus en nueve áreas gubernamentales locales diferentes que se extienden desde Mackay hasta el sureste de Queensland.

El director de Salud de Queensland, Dr. John Gerrard, dijo que las infecciones suelen aumentar con la llegada de las lluvias y las temperaturas cálidas en diciembre, antes de alcanzar su punto máximo en febrero y marzo.

“También es típico ver un número significativo de casos de fiebre del río Ross cada tres o cuatro años, por lo que estamos en camino de un aumento en los casos”, dijo.

“Dado el alto número de mosquitos combinado con estos últimos resultados de vigilancia, sabemos que existe un mayor riesgo de exposición humana a mosquitos portadores de este virus en todo Queensland”.

Se han registrado 1.562 casos de fiebre del río Ross desde enero de 2024, según Salud de Queensland.

En 2023, se registraron 699 casos de fiebre del río Ross en todo el estado.

New South Wales registró en lo que va del año 125 casos, mientras que en Victoria ha habido ocho.

No existe una vacuna contra el virus del río Ross.

El número de casos de fiebre del río Ross ha aumentado sustancialmente durante las últimas tres semanas. Hasta el 12 de febrero de 2024 se habían notificado 64 casos humanos y, según la noticia actual, esta cifra aumentó a el último número de casos, como se informó anteriormente, aumentó hasta 1.562. Las poblaciones de mosquitos vectores han aumentado debido a las inundaciones y el aumento asociado de los criaderos de mosquitos. Las infecciones por el virus del río Ross ocurren esporádicamente en toda Australia cuando se producen lluvias abundantes. En ocasiones también se producen casos en New South Wales, Victoria y Western Australia.

Los síntomas comunes incluyen fiebre, dolor en las articulaciones y sensación de cansancio y malestar general. No existe un tratamiento eficaz disponible para la fiebre del río Ross. Si bien la mayoría de las personas se recuperan después de dos o tres semanas, algunos casos son muy graves y pueden dejar problemas persistentes, como artritis en articulaciones pequeñas, como las de las manos y los pies, que pueden persistir durante semanas, dificultando el movimiento normal.

El virus del río Ross es un alfavirus zoonótico transmitido por una amplia gama de mosquitos, incluidas especies de los géneros *Aedes* y *Culex*. La recomendación de evitar las picaduras de mosquitos es prudente y debe ser adoptada por personas que viven o visitan puntos críticos donde se produce la transmisión.

El Centro para la Protección de la Salud (CHP) del Departamento de Salud (DH) de Hong Kong está investigando un caso de infección humana por el virus B (también conocido como herpesvirus simiae), e instó al público a abstenerse de tocar o alimentar monos salvajes para minimizar el riesgo de contraer el virus.

El caso involucra a un hombre de 37 años con buena salud previa, que ingresó en el Hospital Yan Chai a través del departamento de urgencias el 21 de marzo debido a fiebre y disminución del nivel de conciencia. Actualmente recibe tratamiento en la unidad de cuidados intensivos del hospital y su estado es crítico. La muestra de líquido cefalorraquídeo del paciente dio positivo para el virus B el 3 de abril en la Subdivisión de Servicios de Laboratorio de Salud Pública del CHP.

Según la información proporcionada por sus familiares y las investigaciones preliminares, el paciente tuvo contacto con monos salvajes y fue herido por ellos durante su visita al Kam Shan Country Park a fines de febrero. Las investigaciones epidemiológicas están en curso.

Un portavoz del CHP dijo que este es el primer caso de infección humana por virus B registrado por el CHP, pero estos casos habían sido reportados en otros lugares como Estados Unidos, Canadá, China continental y Japón, y fueron causados principalmente por mordeduras o rasguños de monos, mientras que las transmisiones de persona a persona son muy raras. Se instó encarecidamente a la población a abstenerse de tocar o alimentar a los monos salvajes.

El portavoz añadió que el virus B infecta naturalmente la saliva, la orina y las heces de los macacos, un tipo de mono salvaje que se encuentra comúnmente en Hong Kong. Las personas infectadas pueden presentar inicialmente síntomas similares a los de la influenza que pueden progresar a una infección del sistema nervioso central.

Para minimizar el riesgo de contraer el virus B, se recomienda a la población mantenerse alejada de los monos salvajes y evitar tocarlos o alimentarlos; en caso de sufrir heridas causadas por monos, lavar la herida con agua corriente y buscar atención médica de inmediato.

El virus B, o Herpesvirus simiae, es el virus Simplex que infecta a los monos macacos. El virus B es muy similar al HSV-1 y, como tal, este virus neurotrópico no se encuentra en la sangre.

En el huésped natural, el virus presenta una patogenia similar a la del herpes labial en los seres humanos. Por el contrario, cuando los seres humanos son zoonóticamente infectados con el virus B, pueden presentar una encefalitis grave, lo que resulta en una disfunción neurológica permanente o la muerte. La gravedad de la enfermedad aumenta para los pacientes no tratados, con una tasa de letalidad de aproximadamente 80%. El diagnóstico temprano y el tratamiento posterior son cruciales para la supervivencia humana de la infección.

El virus B es el único herpesvirus de los monos del Viejo Mundo identificado que muestra una patogenicidad grave en los seres humanos. El equipo de protección personal adecuado es esencial cuando se trabaja con macacos, especialmente aquellos animales que han dado positivo para el virus. Las mordeduras, los rasguños y la exposición a las membranas mucosas, incluido el ojo, deben limpiarse de inmediato.

El virus B se identificó por primera vez en 1932 tras la muerte de William Brebner, un joven médico que fue mordido por un mono rhesus. Se había curado de la mordedura, pero luego desarrolló una enfermedad febril, que resultó en eritema localizado, linfadenitis, linfadenitis y, finalmente, mielitis transversa. Los tejidos neurológicos obtenidos durante la autopsia revelaron la presencia de un agente ultrafiltrable similar al HSV-1. Este aislado se denominó originalmente "virus W".

Un año después de la muerte de Brebner, Albert Sabin identificó un virus nuevo a partir de las mismas muestras, que más tarde denominó virus B. Sabin describió además la letalidad del virus B mostrando que la infectividad era independiente de la vía de inoculación.

En 1959, el virus B se identificó como el agente causal en 17 casos humanos, 12 de los cuales fueron fatales. En 2002 se habían identificado aproximadamente 50 casos, aunque sólo 26 estaban bien documentados.

Se han realizado mejoras en el manejo de casos humanos en las últimas décadas. Entre 1987 y 2004, la tasa de mortalidad disminuyó, en gran parte debido a la incorporación de nuevas formas de tratamiento y la mejora del diagnóstico. Ha habido un total de cinco muertes relacionadas con el virus B en este período.

Viajar a un área donde los macacos son portadores conocidos del virus e interactuar en contacto cercano en áreas como los templos presenta un riesgo de exposición. Sin embargo, incluso en áreas endémicas, los casos humanos son raros. No se han conocido casos de virus B en viajeros.

El aciclovir ha evitado la progresión de la enfermedad en algunos pacientes y puede salvarles la vida. El tratamiento rápido es esencial para evitar un deterioro neurológico permanente.

Ante una posible infección, deben enviarse muestras tanto del humano como, cuando sea posible, del macaco para realizar pruebas de diagnóstico del virus B.

“Tenemos una plataforma donde cada día se actualizan los datos sobre los casos de conjuntivitis hemorrágica en todos los distritos del país. Tenemos 13.165 estudiantes infectados y 544 profesores”, dijo Sarita Chinai Fainde, la coordinadora del Departamento de Nutrición y Salud Escolar de la Dirección Provincial de Educación de Sofala.



“En el caso de una escuela que debió suspender sus actividades, tenemos un equipo trabajando en ello”, dijo la funcionaria.

También hay registro de 45 técnicos de educación adscritos a los servicios distritales y 21 de la Dirección Provincial de Educación que también contrajeron conjuntivitis hemorrágica.

“Como sector educación, somos conscientes de la existencia de este problema de conjuntivitis y la dirección provincial ha participado en algunas reuniones con el sector salud para discutir cómo podemos prevenir este brote”, destacó.

El 22 de marzo, el presidente de la Confederación de Asociaciones Económicas de Mozambique (CTA), Agostinho Vuma, advirtió en Maputo que el brote de conjuntivitis que afecta a varias regiones del país está afectando la productividad de las empresas.

“Este brote de conjuntivitis está afectando a la productividad laboral. Las empresas han estado suspendiendo a los empleados afectados, que pasan más de 15 días en casa, afectando el rendimiento de las empresas”, dijo Vuma, hablando en Maputo en la primera sesión plenaria ordinaria de la Comisión Consultora de Trabajo, que también incluye al Gobierno.

El Ministerio de Salud indicó recientemente que el número de mozambiqueños infectados por el adenovirus que causa la conjuntivitis hemorrágica ha aumentado a aproximadamente 17.000, particularmente en las provincias de Nampula y Sofala.

“Las empresas son parte de la sociedad y como tales tienen responsabilidades, no sólo por el hecho de que el recurso máspreciado es el trabajador, sino también por las familias que son garantes del mercado para los productos que producen. En este sentido, En este sentido, a modo de solidaridad ante la conjuntivitis hemorrágica que está afectando a nuestra población, queremos hacer un llamado a la comunidad a unirse, y prestar atención a los lineamientos emitidos por las autoridades de salud para mitigar la propagación de esta enfermedad y proteger la salud de todos”, apeló Vuma.

El 11 de marzo, según datos oficiales, al menos siete provincias de Mozambique presentaban casos de conjuntivitis, la mayoría de ellos en Nampula, en el norte de Mozambique. Mientras tanto, sólo en el Hospital Central de Beira, en la provincia de Sofala, la mayor unidad sanitaria del centro del país, se habían registrado un total de 2.800 casos de conjuntivitis hasta el 19 de marzo.

La mortalidad neonatal está aumentando marcadamente en la Franja de Gaza, y los bebés nacen con bajo peso, dijo el 2 de abril la Organización Mundial de la Salud (OMS), citando a médicos en el terreno.

“Diversos médicos, especialmente en los hospitales de maternidad, informan que están viendo un gran aumento en el número de niños que nacen con bajo peso y que simplemente no sobreviven al período neonatal porque nacen demasiado pequeños”, dijo la portavoz de la OMS, Margaret Harris.



Dijo que en Kamal Adwan, el único hospital pediátrico en el norte de Gaza, “al menos 15 niños desnutridos llegan por día, y las necesidades son cada vez más graves”.

La OMS no puede establecer estadísticas precisas sobre la mortalidad infantil debido a la devastación en el territorio palestino después de seis meses de guerra entre Israel y Hamás, y Harris dijo que muchas personas ni siquiera llegan a los hospitales.

Citó un centro de estabilización creado la semana pasada y dijo que los pacientes hospitalizados eran normalmente niños con otras enfermedades, además de desnutrición.

“Si tienes una enfermedad subyacente, la desnutrición te matará mucho más rápidamente, por lo que se convierten en los pacientes más urgentes”, afirmó.

El 1 de abril, el ejército israelí se retiró del Hospital Al-Shifa de la ciudad de Gaza después de una operación militar de dos semanas que dejó gran parte del complejo en ruinas y cuerpos esparcidos en los terrenos polvorientos. El hospital era el más grande del territorio palestino.

“El Complejo Médico Al-Shifa ha desaparecido para siempre”, dijo su director en funciones, Marwaan Abu Saadah, en un vídeo de la OMS filmado en el lugar.

Harris agregó: “Ya no puede funcionar de ninguna manera como hospital”.

“Destruir Al-Shifa significa arrancarle el corazón al sistema de salud”, dijo, señalando que se trataba de un gran hospital con 750 camas, 25 quirófanos y 30 salas de cuidados intensivos.

Israel dijo que había luchado contra militantes palestinos dentro del complejo, matando al menos a 200 y recuperando arsenales de armas, explosivos y dinero en efectivo.

La guerra más sangrienta jamás vivida en Gaza estalló con el ataque de Hamás el 7 de octubre, que provocó alrededor de 1.160 muertes en Israel, en su mayoría civiles, según un recuento de la AFP basado en cifras oficiales israelíes.

La campaña de represalia de Israel ha matado al menos a 32.916 personas, en su mayoría mujeres y niños, según el Ministerio de Salud en la Gaza gobernada por Hamás.

El director del Hospital de Enfermedades Infecciosas y Tropicales 'Victor Babeş', Simin Aysel Florescu, anunció el 29 de marzo que en la unidad médica se registró el cuarto caso de fiebre tifoidea, una infección grave que no había sido detectada en el país durante mucho tiempo.

Todos los pacientes son rumanos que no han sido vacunados, tres de ellos regresaron de un viaje a República del Congo.

“La fiebre tifoidea es una enfermedad con la que no nos topamos desde hace mucho tiempo como transmisión autóctona en Rumania, pero ahora empezamos a encontrarla cada vez más entre los viajeros rumanos que vienen de África. Ya tenemos el cuarto caso de fiebre tifoidea en el hospital que se adquiere fuera del país, el último de Pakistán, y los tres anteriores de República del Congo. Son todos rumanos que han viajado allí y que no estaban vacunados”, afirmó Florescu.

El médico señaló que representa un problema la falta de vacunación, por un lado, y por otro el cambio climático, que influye en las enfermedades infecciosas.

“Las enfermedades tropicales ya no se dan sólo en los trópicos. Además de los casos importados, estamos empezando a enfrentar casos de enfermedades tropicales con transmisión en zonas templadas. La disminución de la tasa de cobertura nacional de vacunación también puede ponernos en riesgo de contraer enfermedades inmunoprevenibles, como la poliomielitis. Podemos contraer la poliomielitis de nuestros vecinos en Ucrania, o de refugiados y migrantes de África o Asia, donde hay tasas crecientes de poliomielitis debido a la disminución de la cobertura de vacunación. Si también bajamos nuestra cobertura, también se producirán casos de esta enfermedad”, agregó.

“Precisamente ayer diagnosticamos un caso de tos convulsa en un niño rumano. Vemos que 58% de las enfermedades infecciosas se agravan con estos cambios climáticos y prácticamente 10% de las que se agravan no se reportan en los sistemas de notificación obligatoria. Es posible que estemos ante algunos pequeños focos de futuras epidemias”, afirmó el funcionario.

La fiebre tifoidea, causada por *Salmonella enterica enterica* serovariedad Typhi, tiene una presentación totalmente diferente a la de los tipos más comunes de salmonelosis.

Epidemiológicamente, generalmente transmitida por alimentos o agua contaminados, la fiebre tifoidea no es una zoonosis como los tipos de salmonelosis más comunes. Clínicamente, los vómitos y la diarrea suelen estar ausentes; de hecho, se informa estreñimiento con frecuencia. Como se trata de una enfermedad sistémica, los hemocultivos tienen al menos la misma probabilidad de ser positivos que las heces en la fiebre entérica, especialmente en las primeras etapas de la infección, y los cultivos de médula ósea pueden ser los más sensibles. La palabra tifoidea (similar al tifus) refleja la similitud con el tifus epidémico, enfermedad rickettsial transmitida por piojos; de hecho, en algunas zonas, la fiebre tifoidea todavía se conoce como tifus abdominal.

El clásico conglomerado relacionado con la alimentación de *S. enterica* serovariedad Typhi en Estados Unidos ocurrió en relación con una casa de veraneo en el rico suburbio de Oyster Bay, Long Island, New York, en agosto de 1906. Este fue el conglomerado asociado con Mary Mallon, “Typhoid Mary”, una inmigrante irlandesa que era a la vez cocinera y portadora del bacilo tifoideo.

Algunas cepas del organismo se han vuelto bastante resistentes a los antimicrobianos, particularmente las relacionadas con Pakistán, y el estudio aquí subraya la necesidad de vacunación contra la fiebre tifoidea para acercarse a la fiebre tifoidea resistente a los antimicrobianos.

Una crisis de sarampión está aumentando en el estado de Gharb al Istiwa'iyah de Sudán del Sur, justo cuando las autoridades sanitarias luchan por superar un brote de fiebre amarilla. Desde febrero, y hasta el 24 de marzo, se han registrado siete muertes de niños menores de cinco años y 460 casos en tres centros de salud de los condados de Yambio y Nzara; 90% de estos niños nunca habían sido vacunados contra la enfermedad.



Con los casos de sarampión en aumento y la cobertura de vacunación alarmantemente baja, Médicos Sin Fronteras (MSF) instó a las autoridades sanitarias y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a lanzar una campaña de vacunación inmediata para evitar que la enfermedad se propague aún más.

“Cuando mi hijo enfermó, tenía fiebre alta, diarrea y tos. Mientras estaba en casa, le di paracetamol, pero no mejoró”, dijo Victoria John, madre de Mark Emmanuel, de un año y medio, que tiene sarampión. “Luego lo llevamos a las instalaciones de MSF, donde recibió tratamiento durante tres días. Si no iba a las instalaciones, sabía que mi hijo iba a morir”.

El sarampión se ha convertido en una emergencia persistente en Sudán del Sur, con brotes recurrentes que desafían a los sistemas de salud y ponen en peligro a las comunidades.

Para responder a esta emergencia, los equipos de MSF están tratando el sarampión en los centros de salud de Gangura y Sakure, así como en el hospital estatal de Yambio, todos ubicados en los condados de Nzara y Yambio. La organización aumentará el número de camas para pacientes con sarampión de 32 a 40 debido al rápido incremento del número de casos. Los equipos de MSF también están examinando a los niños de las comunidades para detectar posibles síntomas de sarampión y derivarlos a centros de salud si es necesario.

El 20% de los niños tratados por sarampión en los centros apoyados por MSF tienen más de cinco años. Esto pone de relieve la necesidad de una campaña de vacunación reactiva para llegar a este grupo de niños mayores que no recibieron la vacuna contra el sarampión como parte del programa ampliado de inmunización existente.

El brote de sarampión es un doble golpe para una región que todavía lucha por hacer frente a la fiebre amarilla, después de que las autoridades sanitarias declararan el brote más reciente, el cuarto en solo seis años, en diciembre de 2023. A mediados de marzo, se habían registrado 81 casos de fiebre amarilla, y seis muertes relacionadas.

El Ministerio de Salud, en colaboración con la OMS, lanzó una campaña de vacunación contra la fiebre amarilla, inmunizando a unas 357.000 personas en tres condados del estado de Gharb al Istiwa'iyah. La campaña resultó en una reducción del número de casos sospechosos y confirmados, un testimonio de la eficacia de las campañas de vacunación masiva.

“Las campañas de vacunación a gran escala son vitales, tanto en el estado de Gharb al Istiwa’iyah como en el estado de Shamal Bahr al-Gazal, donde continúan los brotes de sarampión, para detener una mayor propagación de la enfermedad y prevenir nuevos brotes”, afirmó Zakaria Mwatia, jefe de la misión de MSF. “El frágil sistema de salud de Sudán del Sur no puede soportar la carga de los brotes concurrentes”.

La baja cobertura de vacunación en Sudán del Sur tiene un impacto significativo en las comunidades, particularmente en los niños, que son muy vulnerables a enfermedades como el sarampión, que puede provocar graves complicaciones de salud y muertes.

Dada la gravedad de las amenazas a la salud que plantean el sarampión y la fiebre amarilla, MSF pidió mayores esfuerzos para concienciar a la comunidad sobre estas enfermedades y adoptar mejores prácticas para evitar su propagación.

“Es imperativo que el Ministerio de Salud y otras organizaciones sanitarias, incluida la OMS, intensifiquen sus esfuerzos para ampliar la cobertura de vacunación en todo el país y especialmente en las zonas más propensas a brotes de enfermedades”, afirmó Mwatia.



Una enfermera de Médicos Sin Fronteras (MSF) atiende a un joven paciente con sarampión en el centro de salud de Gangura, que cuenta con el apoyo de MSF.

Una toxina que se cree es la clave de un brote letal de intoxicaciones alimentarias en un restaurante de Taipei fue detectada en una de las muestras ambientales tomadas de la cocina del restaurante, lo que confirma la presencia de ácido bongkrek en el restaurante, según informaron funcionarios y expertos el 2 de abril.

El alcalde de Taipei, Chiang Wan-an, informó que la toxina, el ácido bongkrek, se encontró en muestras recolectadas de una tabla de cortar, dos cuchillos y una de las manos del chef en la sucursal en Xinyi del restaurante malasio de la cadena Polam Kopitiam el 24 de marzo.



Sin embargo, más tarde el 2 de abril, el subcomisionado del Departamento de Salud de Taipei, Lee Pi-hui, confirmó que sólo la muestra obtenida de la mano del chef dio positivo para ácido bongkrek, mientras que la tabla de cortar y los dos cuchillos no, sin proporcionar explicación para la discrepancia.

Weng Te-i, director del Instituto de Graduados en Medicina Forense de la Universidad Nacional de Taiwán, institución que realizó las pruebas para el gobierno de la ciudad de Taipei, también dijo el 2 de abril por la tarde que la presencia de ácido bongkrek sólo se detectó en la muestra obtenida de las manos del chef.

Es probable que el chef haya entrado en contacto indirectamente con la toxina, lo que dejó rastros en sus manos, dijo Weng, añadiendo que el ácido bongkrek no es una bacteria, por lo que no proliferaría si existiera tal contacto, y solo dejaría trazas en las manos del chef después de tocar un ingrediente con una alta concentración del ácido.

Weng explicó además que si el chef, con sólo trazas de toxina en sus manos, manipulaba posteriormente otros ingredientes, los comensales consumirían alimentos elaborados con ingredientes que contenían una baja concentración de ácido bongkrek.

“La gravedad del envenenamiento depende de la cantidad de ácido presente en los alimentos y de la cantidad de alimentos consumidos por el individuo”, añadió Weng.

Este es el primer resultado de una prueba realizada a nivel del gobierno central o local que muestra la presencia de ácido bongkrek en el restaurante, posiblemente porque las muestras analizadas eran del 24 de marzo, cuando Taipei realizó una inspección inicial, en lugar del 26 de marzo, cuando el gobierno central hizo su inspección y recogió muestras.

El viceministro de Salud, Victor Wang, dijo el 2 de abril que el resultado sugería que el incidente se originó en la cocina del restaurante.

Dijo que los resultados también eran consistentes con la creencia del gobierno de que el incidente se limitó a la sucursal del restaurante en Xinyi.

Actualmente, el gobierno central está esperando sus propios resultados de las pruebas realizadas en muestras ambientales recolectadas en el restaurante el 26 de marzo para encontrar *Burkholderia gladioli*, una bacteria conocida por producir ácido bongkrek, dijo Wang.

El comisionado del Departamento de Salud de Taipei, Chen Yen-yuan, dijo que estaba de acuerdo con Wang, quien anteriormente especuló que la causa del envenenamiento probablemente fue el lote anterior de fideos de arroz planos que se agotaron antes de que se recolectaran muestras de alimentos el 26 de marzo.

Chen dijo que todos los individuos afectados consumieron fideos de arroz planos, lo que los convierte en la causa más probable del brote, pero no ofreció ninguna teoría sobre cómo llegó el ácido a estar presente en los fideos de arroz planos.

Cuando se le preguntó por qué la ciudad solo recolectó muestras ambientales y no muestras de alimentos del restaurante durante su inspección el 24 de marzo, Chen dijo que los inspectores no encontraron ningún fideo de arroz planos cocidos en ese momento.

Chen dijo que, según las directivas de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Taiwán, no era necesario confiscar todos los ingredientes alimentarios del restaurante, por lo que los inspectores siguieron las directrices y solo obtuvieron muestras ambientales.

Cuando la ciudad investigó el restaurante el 24 de marzo, sólo tenía conocimiento de un caso de intoxicación alimentaria que involucraba a un hombre que comió en el restaurante el 22 de marzo y fue tratado en un hospital de Nuevo Taipei el 23 de marzo. El hombre murió posteriormente el 24 de marzo.

Un total de 30 personas enfermaron después de comer en la sucursal de Xinyi entre el 19 y el 24 de marzo, según cifras del Ministerio de Salud y Bienestar hasta las 17:30 horas del 2 de abril, y se encontró ácido bongkrek en 22 personas afectadas, mientras que los ocho restantes todavía están siendo sometidos a pruebas de detección de la toxina.

De las 30 personas, dos han fallecido, cuatro se encuentran en estado crítico, dos permanecen hospitalizados en sala regular y 22 han sido dados de alta o no requirieron atención médica.

El ácido bongkrek es una toxina producida por *Burkholderia gladioli* patovar *cocovenenans* (también conocida como *Pseudomonas cocovenenans* subsp. *farinofermentans* en China). Hay cuatro categorías principales de alimentos que son susceptibles de ser contaminados por el ácido bongkrek: productos de maíz y coco total o incompletamente fermentados; *Tremella fuciformis* Berk. fresca y en mal estado; y otros productos con almidón en mal estado (arroz glutinoso, mijo, arroz de sorgo y harina de papa, etc.) Ya en 1960, *P. cocovenenans* subsp. *farinofermentans*, un tipo de patógeno transmitido por los alimentos, se extrajo del tempe bongkrek (alimento en mal estado producido con leche de coco y frijoles) en Indonesia. Antes de 2015, las intoxicaciones alimentarias causadas por esta bacteria ocurrieron solo en China e Indonesia en Asia. Indonesia ha informado de un número acumulado de más de 9.000 personas afectadas, con más de 1.000 muertes como resultado principalmente de productos de coco fermentados y echados a perder desde finales del siglo XIX. Desde mediados del siglo XX, China ha informado de un número acumulado de más de 9.000 personas afectadas, con más de 1.000 muertes principalmente por productos de maíz fermentados y echados a perder. En 2015, se informó de un caso de intoxicación por una bebida de harina de maíz fermentada y en mal estado en Mozambique, África (230 personas afectadas, 75 muertas). Por lo tanto, los alimentos de alto riesgo que causaron intoxicaciones por ácido bongkrek en el pasado han sido principalmente el resultado de productos de maíz o coco fermentados o en mal estado.

Entre más de 60 especies de bacterias *Burkholderia*, sólo *B. gladioli cocovenenans* produce ácido bongkrek y toxoflavina. La temperatura óptima para la producción de toxinas está entre 26 y 28°C. El ácido bongkrek es un ácido graso tricarbóxico altamente insaturado, poco soluble en agua y soluble en varios disolventes orgánicos. Es una sustancia termoestable y liposoluble, cuya producción depende de la presencia de ácidos grasos, particularmente los que se encuentran en el coco y el maíz.

El ácido bongkrek produce sus efectos tóxicos al inhibir la translocasa del nucleótido de adenina mitocondrial. El período de latencia para el ácido bongkrek es de 2 a 24 horas, aproximadamente. Un síntoma temprano de intoxicación por ácido bongkrek es la estimulación gastrointestinal. La enfermedad progresa rápidamente y provoca insuficiencia de múltiples órganos, como el cerebro, el hígado y los riñones; las tasas de mortalidad oscilan entre 40 y 100%, dependiendo de la tasa de exposición.

Curso virtual

Infecciones asociadas a dispositivos médicos

Cómo enfocar de manera integral un problema frecuente

Directores:

Dr. Esteban Nannini, Dra. Marisa Sánchez



Cuotas
SIN INTERÉS

PROGRAMA

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.

DOCENTES

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.

INSCRIPCIÓN

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reportee-epidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.