

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza

AMÉRICA

- Estados Unidos: Se disparan los casos de infecciones por *Candida auris* en New York y New Jersey
- Perú: Declaran la emergencia sanitaria por poliomielitis y sarampión
- Venezuela: Indígenas barí de la Sierra de Perijá denuncian un aumento en los casos de tuberculosis

EL MUNDO

- Argelia: Reportan casos de brucelosis en Tizi Ouzou y Orán
- Australia: Se notificaron 14 casos de encefalitis del Valle del Río Murray en lo que va de 2023
- China: Investigan brotes de enfermedad de manos, pies y boca en dos guarderías de Hong Kong
- Côte d'Ivoire: Reportan un caso de fiebre amarilla en Abidjan
- España: Una intoxicación alimentaria deja 66 afectados en Almería, 15 con ingreso hospitalario
- Israel: Detectan el virus del Nilo Occidental en mosquitos en el sur del país
- Malasia: Los casos de dengue aumentaron 170% en el último año
- Namibia: Declaran un brote de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
- Sudáfrica: Alerta por dos casos de difteria
- A la búsqueda de una cura rápida para la úlcera de Buruli

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



Adherentes



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

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

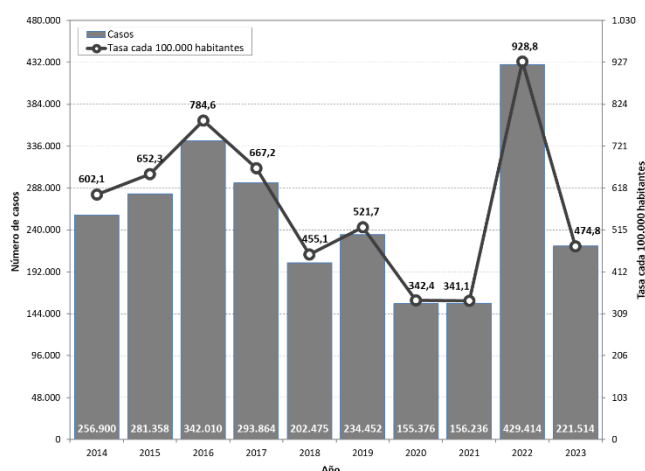
En el año 2023, hasta la semana epidemiológica (SE) 19, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 221.514 casos de enfermedad tipo influenza, con una tasa de incidencia acumulada de 474,8 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos de las primeras 19 SE del periodo 2014/2023, se observa que en 2022 se registró hasta la fecha el mayor número de casos del período (429.414 casos), seguido del año 2016 (342.010 casos). El número de casos notificados en 2023 es menor en relación al registro histórico para los años 2014-2019 (excepto 2018) y 41,8% mayor que el del año 2021.

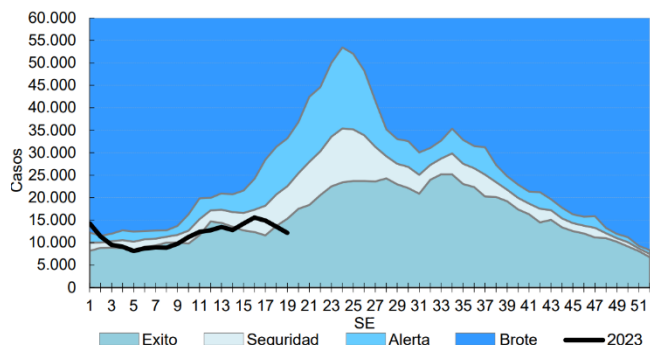
Las cifras de notificaciones registradas en el SNVS^{2.0} se encuentran entre las zonas de brote y alerta en las dos primeras SE de 2023, posteriormente se ubica en zona de seguridad y alcanza el valor esperado entre las SE 5 y 9. En la SE 10 y entre las SE 15 y 17, las notificaciones se encuentran nuevamente en zona de seguridad, reubicándose a partir de la SE 18 en los niveles esperados.

Desde el inicio de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMA) se analizaron mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 13.019 muestras para influenza. En 2022, el porcentaje de positividad alcanzó un máximo entre las SE 16 y 17, con un nuevo aumento entre las SE 36 y 45, alcanzando un máximo de 56,04% en la SE 45. En lo que va de 2023, permanece por debajo de 10%, excepto en la SE 2 que se registra un 10,96%, y con un valor de 10,20% en la SE 20.

Entre la SE 16 de 2022 y la SE 20 de 2023, las muestras positivas para virus Influenza fueron 2.304: de éstas, 967 (41,97%) fueron positivas para Influenza A y 1.337 (58,03%) para Influenza



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2023, hasta semana epidemiológica 19. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal 2023, hasta semana epidemiológica 19, en base a datos de los años 2015/2019. Argentina. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

B. Respecto de los virus Influenza A, 179 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A(H3N2) en 125 muestras e Influenza A(H1N1)pdm09 en 54 muestras. Desde el comienzo de la implementación de la estrategia UMA y hasta la SE 23 de 2022 se registró de manera predominante la circulación de A(H3N2). A partir de la SE 30 se registraron además casos de A(H1N1). Entre las SE 33 y 52 nuevamente se registran casos de influenza B, con el mayor número de casos identificados entre las SE 44 y 45. De los casos de influenza B detectados entre la SE 16 de 2022 y la SE 20 de 2023, 33 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 1.304 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje.

Los casos de influenza se detectaron en todos los grupos etarios, con el mayor número de muestras positivas en los grupos de 25-34 años y 35-44 años.

Entre las SE 23 de 2022 y 20 de 2023, se analizaron en laboratorio 26.787 muestras de pacientes hospitalizados, con 4.212 detecciones positivas (porcentaje de positividad de 15,72%); de éstas, 2.060 fueron Influenza A y 2.152 Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 812 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 411 (50,62%) son Influenza A(H1N1)pdm09 y 401 (49,38%) son Influenza A(H3N2). De las muestras positivas para Influenza B, 1.658 no cuentan con la identificación del linaje y 494 corresponden a Influenza B linaje Victoria.

En relación a la distribución temporal de casos de influenza en pacientes hospitalizados durante el año 2022, desde el inicio de la estrategia se registran casos de influenza A(H3N2) y A(H1N1). En relación a los virus influenza B, a partir de SE 34 y durante el resto del año, se observa un mayor número de detecciones positivas. Entre las SE 23 y 34, el porcentaje de positividad en el grupo analizado se mantiene menor a 10%, observándose un ascenso entre las SE 35 y 44, con valores que oscilan entre 12,96% y 48,81%, con una disminución a partir de la SE 45, situándose en 4,71% en la SE 52. En lo que va de 2023, el porcentaje de positividad se mantuvo por debajo de 10%, con un valor de 7,39% en la SE 20.

En el periodo analizado, las detecciones positivas para Influenza predominan en los grupos de menores de 5 años, en el de 5 a 9 años y en el de 45 a 64 años.

En el año 2022, se registraron 143 fallecimientos con diagnóstico de influenza. A la fecha, en el año 2023 se registra una persona fallecida con este diagnóstico.



ESTADOS UNIDOS

SE DISPARAN LOS CASOS DE INFECCIONES POR *CANDIDA AURIS* EN NEW YORK Y NEW JERSEY

30/05/2023

Una infección fúngica peligrosa que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) advirtieron en marzo se estaba extendiendo a un grado “alarmante” en Estados Unidos continúa proliferando en New York y New Jersey, con una tasa de aumento en auge en el último, según muestran nuevos datos.

Es causada por *Candida auris*, una forma de levadura que generalmente no es dañina para las personas sanas, pero que puede representar una amenaza de infección mortal para las poblaciones inmunocomprometidas y vulnerables. Se propaga fácilmente y puede infectar heridas, oídos y el torrente sanguíneo. Algunas cepas son las llamadas ‘superbacterias’, lo que significa que es posible que el tratamiento actualmente disponible no funcione.

En los casos en que la infección por *C. auris* se vuelve invasiva, lo que significa que afecta la sangre, el corazón o el cerebro de una persona, más de uno de cada tres pacientes muere, según los CDC.

Los CDC lo describen como un hongo “emergente” que “presenta una grave amenaza para la salud mundial” por tres razones principales: *C. auris* a menudo es multirresistente (algunas cepas no responden a ninguno de los tres medicamentos antimicóticos disponibles); se identifica erróneamente fácilmente en laboratorios sin tecnología específica, lo que podría perjudicar la gestión de la salud pública; y ha causado brotes en entornos de atención médica, que son de particular preocupación dadas sus poblaciones de mayor riesgo.

Si bien la cantidad de casos de infección por *C. auris* en Estados Unidos se triplicó entre 2020 y 2022, pocos estados han visto una propagación tan desenfrenada como New York –donde un caso de 2013 se identificó retroactivamente como el primero de Estados Unidos– y New Jersey.

Los dos estados representaron casi una quinta parte de todos los casos de infección por *C. auris* en Estados Unidos el año pasado, según muestran los datos de los CDC. Los datos federales solo cubren el período que finaliza el 31 de diciembre de 2022, por lo que aún no hay un punto de referencia comparativo para 2023. Los datos semanales están disponibles por estado, pero los CDC dicen que están incompletos porque no todos los departamentos de salud estatales los informan.

Año	Casos clínicos	Casos en investigación
2013	1	–
2014	–	–
2015	–	–
2016	26	11
2017	99	128
2018	158	254
2019	178	306
2020	250	200
2021	291	348
2022	379	498
2023	149	250
Total	1.531	1.995

Casos clínicos y en investigación de infección por *Candida auris*. Ciudad de New York. Años 2013/2023 (2023 hasta el 25 de mayo). Fuente: Departamento de Salud de New York.

Los datos de mayo recientemente publicados para el estado de New York muestran que el número de casos clínicos continúa aumentando en puntos porcentuales de dos dígitos, aunque la tasa de aumento se está desacelerando ligeramente. Los 149 casos clínicos de la Gran Manzana confirmados al 25 de mayo de 2023 marcan un aumento de 42% desde la última actualización de datos a principios de abril. Eso sigue a un aumento mensual de 46% de marzo a abril. Hasta ahora, el total de 2023 es el 39% de los 379 casos récord de 2022, y quedan seis meses para que termine 2023. Ese número de 379 es el recuento anual más alto de casos clínicos que New York ha visto en la última década.

Otros 250 casos potenciales de *C. auris* están bajo vigilancia, [según muestran los datos del departamento de salud estatal](#).

La mayoría de los casos se han detectado en instalaciones en el área de la Ciudad de New York, aunque algunos han sido fuera del Área Metropolitana.

Tendencias de casos en New Jersey

New Jersey ya superó el récord de 375 casos clínicos confirmados en 2022, según datos del departamento de salud del estado. Los 416 casos clínicos confirmados de *C. auris* para este año representan 11% del total del año pasado y más del triple de los 127 casos incluidos en la actualización anterior del estado. Una vez más, queda medio año por delante.

A modo de comparación, los CDC informaron un total nacional de 467 casos en 2019.

New Jersey está monitoreando otros casi 1.000 casos que podrían terminar siendo *C. auris*, y 22 que probablemente lo sean, pero aún no han sido confirmados por laboratorio.

Las tendencias recientes indican que los casos seguirán aumentando.

Ambos estados vieron cómo sus números aumentaron drásticamente en los últimos años, y los investigadores de los CDC dicen que es probable que la pandemia de covid sea, al menos en parte, la culpable. Los trabajadores del hospital estaban tensos por los pacientes con covid, y eso probablemente desvió su enfoque de desinfectar otros tipos de gérmenes, dijeron.

C. auris se identificó por primera vez en Japón en 2009 y se está detectando en cada vez más países. Muchos de los primeros casos en Estados Unidos provinieron del extranjero, pero la mayoría de los casos ahora se propagan dentro del país, dicen las autoridades.

El hongo puede sobrevivir en superficies en lugares de atención médica, donde puede propagarse entre pacientes. Los médicos también lo han detectado en la piel de miles de otros pacientes, lo que los convierte en un riesgo de transmisión. Las personas con múltiples comorbilidades y que requieren una máquina para respirar corren un mayor riesgo si contraen la infección, dicen los funcionarios de salud.

Puede obtener más información sobre la respuesta de New York haciendo clic [aquí](#). La información sobre *Candida auris* de New Jersey puede consultarse haciendo clic [aquí](#).



Durante el reciente Consejo de Ministros se aprobó la emergencia sanitaria por riesgo de brote de poliomielitis y sarampión en 12 departamentos y la provincia constitucional del Callao.

Es así que el Ministerio de Salud fortalecerá la cobertura contra la poliomielitis y el sarampión, mediante barridos de vacunación, en Amazonas, Arequipa, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali y la provincia constitucional de El Callao.

Se trata de regiones donde los menores de 5 años no han completado sus dosis de las vacunas contra la poliomielitis y el sarampión. Por lo tanto, se les buscará para aplicarles las del Esquema Regular y, así, evitar casos de ambas enfermedades y otras.

“El objetivo es intensificar la vacunación y mejorar las coberturas en el país. La meta es proteger a más de 2,5 millones de niños menores de 5 años con las dosis contra la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis y la rubéola”, precisó la ministra de Salud, Rosa Bertha Gutiérrez Palomino.

Asimismo, la emergencia sanitaria incluye labores de búsqueda activa comunitaria de casos de parálisis flácida aguda, síndrome de Guillain-Barré y febril eruptivo.

Además, en las localidades que presenten casos confirmados de poliomielitis se realizarán todos los procesos necesarios para identificar la presencia del virus y ejecutar las acciones que correspondan.

Gutiérrez Palomino aseguró que el presupuesto de 7,35 millones de dólares permitirá contratar a más 20.000 brigadas para que estén en primera línea en las regiones mencionadas y puedan vacunar a los menores, y así evitar que contraigan estas enfermedades. De este monto, 3,27 millones serán destinados a la compra de vacunas.

“Tenemos garantizada la cadena de frío. Es en el nororiente donde tenemos un foco con la detección de un caso de poliomielitis”, precisó.

La titular pidió a los padres de familia que permitan a las brigadas ingresar a sus hogares. Recordó que todo personal de salud se encuentra identificado. También, que pueden acudir a un centro de salud para completar la vacunación de los menores.

En marzo de este año, el Ministerio de Salud confirmó un caso de poliomielitis en el país luego de 32 años. Según la Organización Panamericana de la Salud, el último caso en la Región de las Américas se presentó en Perú en 1991.

De acuerdo con la información de la cartera de Salud, el caso registrado en marzo era un bebé de un año de edad. Entre los síntomas que presentó el menor figuraban fiebre, tos y debilidad.

La Asociación Comunidad Barí-Motilón de Venezuela (ASOCBARIVEN) informó en un comunicado este 27 de mayo que en la comunidad de Aruutatacae, municipio Jesús María Semprun de la Sierra de Perijá, que registraron seis fallecidos por tuberculosis en el segundo trimestre de 2023 por falta de seguimiento y tratamiento adecuado.



La ASOCBARIVEN denunció en su texto que no solo hay un incremento en los casos de tuberculosis, sino también en hepatitis, neumonía, parasitosis, entre otras enfermedades, que se expandieron en las 59 comunidades barí de la Sierra de Perijá, que están a lo largo y ancho de la frontera colombo- venezolana.

Jornada suspendida por la Autoridad Única de Salud

La organización barí aseguró que ante los brotes organizó una jornada de atención el 22 de este mes en la comunidad Aruutatacae con el equipo municipal de servicios de atención y orientación al indígena (SAOI), hospital de Machiques y el Departamento de Tisiología, asistencia que suspendió la Autoridad Única de Salud de Zulia.

El organismo estatal argumentó que esas jornadas de captación y despistajes deben coordinarse directamente con la institución y el Ministerio de Pueblos Indígenas, procedimiento que canalizaron con las respectivas instituciones, quienes reprogramaron la atención para el 26 de mayo, actividad que tampoco se llevó a cabo sin explicación alguna a los líderes barí.

Ante el incumplimiento de la Autoridad Única de Salud Zulia, el pueblo barí expuso la grave situación en materia de salud que atraviesan las comunidades indígenas que residen en los municipios Machiques de Perijá y Jesús María Semprun.

El escrito señala que el equipo de la ASOCBARIVEN planificó, organizó la convocatoria de las comunidades para el despistaje, canalizó medicamentos, pruebas rápidas de malaria, el traslado de dos médicos barí para el apoyo de dicha jornada, y a pesar de eso la atención no se llevó a cabo por parte del enlace del Ministerio del Poder Popular para la Salud en el estado Zulia.

Desatención de las autoridades del sector Salud

Los representantes legales del pueblo barí ponen en conocimiento público el silencio, la desatención de las autoridades de salud, la inacción de las alcaldías de Machiques y Jesús María Semprun para atender los focos de tuberculosis, hepatitis, neumonía, parasitosis, enfermedades que en algún momento estuvieron bajo control, pero por falta de atención regresaron los rebrotes.

El pueblo barí se declaró en asamblea permanente, para revisar el tema de salud y otras áreas sociales de atención. En un encuentro de caciques tomarán las medidas y acciones necesarias para que el Estado y el Gobierno nacional presten atención a la población indígena.

Indican que requieren con urgencia e inmediatez la atención médica para el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento oportuno y adecuado. De lo contrario, las cifras de los fallecidos por las distintas enfermedades aumentarán.

Los Barí-Motilón son un pueblo amerindio que habita en las selvas Catatumbo, a ambos lados de la frontera entre Colombia y Venezuela y habla barí, un idioma de la familia lingüística chibchense.

El territorio tradicional barí que se extendía por la cuenca del Catatumbo-Zulia y parte de Santa Ana, fue sustancialmente reducido, primero por la conquista y colonización española y más recientemente en forma aún más drástica, por la explotación del petróleo y del carbón en la región desde el siglo XX y la colonización del espacio rural.

En el siglo XXI los barís están nuevamente amenazados por los intereses de las empresas mineras en Venezuela, que aspiran a ampliar las explotaciones de carbón y por las empresas petroleras que desde Colombia desarrollan nuevas exploraciones y explotaciones en su territorio. Además han sido afectados gravemente por la dispersión de cultivos de coca de los colonos y por el conflicto armado que ocurre en Colombia.

Seis personas de una misma familia contrajeron brucelosis en el pueblo de Houra, municipio de Bouzeguène, a unos 60 kilómetros al este de la ciudad de Tizi Ouzou.

Fueron trasladados de urgencia al hospital. La presidenta de la comisión de salud, higiene y medio ambiente de la Asamblea Popular Comunal (APC) de Bouzeguène, Tiziri Cherifi, instó a los ciudadanos a estar atentos para evitar que se produzcan más casos.

Invitó a la ciudadanía a no consumir ningún producto lácteo de origen dudoso o desconocido, ya que es de esa forma que se contrae la brucelosis. “Debemos evitar el consumo de todos los productos lácteos sin pasteurizar, de los que desconocemos el origen”, señaló. La representante de la APC también señaló que la localidad está expuesta a esta infección de origen animal, recordando que allí se identificaron 70 casos el año pasado.



Por su parte, un representante de la Dirección de Salud y Población de Tizi Ouzou estimó que no menos de 35 casos de brucelosis humana se han registrado desde principios del presente año en toda la *wilaya* (provincia). Cabe señalar que la brucelosis es una enfermedad de origen animal que se transmite a los humanos por contacto directo con animales infectados o por el consumo de productos animales contaminados. La mayoría de los casos identificados cada año son causados por el consumo de leche o queso sin pasteurizar de granjas afectadas por esta enfermedad.

134 casos en Orán

Entre los criadores, productores de leche cruda, particularmente en ciertos pueblos del norte de la *wilaya* de Orán, vuelve a hablarse de brucelosis. Se han registrado nada menos que 134 casos desde principios del año en curso y esta cifra aún es solo provisional, a la espera de las últimas actualizaciones.

En cuanto se conocieron estas cifras, la Dirección de Servicios Agrícolas puso en marcha una serie de medidas preventivas y lanzó una amplia campaña de sensibilización para los ganaderos de vacas lecheras a los que se les ordenó vacunarlas en sus rebaños con urgencia al notar los más mínimos signos de aparición y manifestación de esta enfermedad en sus galpones.

No menos de cinco equipos integrados por veterinarios han estado recorriendo recientemente todo el territorio de la *wilaya* y realizando la vacunación preventiva del hato bovino para contrarrestar cualquier propagación de esta enfermedad.

La Dirección de Servicios Agrícolas ha establecido un cordón sanitario en la *wilaya* como medida preventiva para evitar la propagación de esta enfermedad fuera de los límites de la misma.

La brucelosis es una infección bacteriana que se propaga de los animales a las personas por contacto directo o indirecto con animales infectados o sus productos (especialmente la leche sin pasteurizar y otros productos lácteos derivados de esta leche. Es común a muchas especies de mamíferos (ovejas, cabras, vacas, cerdos, perros, etc.) y humanos. Se han identificado varias especies de *Brucella* con diversas especificidades: *B. abortus* afecta al ganado vacuno, *B. melitensis* a los pequeños rumiantes y *B. suis* al cerdo. *B. melitensis* es la especie más prevalente que causa brucelosis humana. La brucelosis es endémica y enzoótica en Argelia. Los casos humanos han sido a menudo el indicador de una infección de evolución insidiosa en animales.

La brucelosis está muy extendida en todo el mundo. Según la Organización Mundial de Sanidad Animal, Argelia es uno de los países con mayor incidencia. Desde 1970, se han establecido varias estrategias de control contra la brucelosis bovina en Argelia. Durante 1995-2006, las cabras se incluyeron en el programa de sacrificio de prueba junto con los bovinos, sin embargo, desde 2006 hasta 2017, la vacunación de pequeños rumiantes jóvenes (ovinos y caprinos) con Rev-1 se integró en la estrategia anterior. A pesar de todos estos esfuerzos, la incidencia de la brucelosis mostró una fluctuación con picos epidémicos durante la última década.

La semana pasada, funcionarios de salud confirmaron un nuevo caso de encefalitis del Valle del Río Murray (EVRM) en Western Australia.

Lo más probable es que el adulto haya estado expuesto a mosquitos infectados mientras viajaba desde Pilbara a través de las zonas costeras de West Kimberley a fines de abril o principios de mayo.

El caso está recibiendo atención en el hospital.

Este es el cuarto caso confirmado de EVRM informado en Western Australia desde 2018 y el tercero informado este año. En toda Australia, se han confirmado 14 casos de EVRM en 2023.

El científico gerente del Departamento de Salud, el Dr. Andrew Jardine, dijo: “Si bien el riesgo de infectarse y enfermar es bajo, la EVRM puede ser grave e incluso mortal. Un niño de Western Australia murió a causa de la enfermedad este año”.

Jardine advirtió que, en los niños pequeños, la fiebre podría ser el único signo temprano de infección. “Los padres deben consultar a su médico o al servicio de salud local si están preocupados, particularmente si el niño experimenta somnolencia, flacidez, irritabilidad, mala alimentación o angustia general”, dijo.

La encefalitis del Valle del Río Murray (EVRM) es una infección viral transmitida por mosquitos, causada por el virus de la encefalitis del Valle del Río Murray (VEVRM), un miembro del género *Flavivirus*, familia *Flaviviridae*. Los primeros casos se produjeron en 1917 y 1918.

La mayoría de las infecciones por este virus son asintomáticas, aunque un grupo de los infectados puede llegar a desarrollar una forma leve de la enfermedad, con síntomas de fiebre, dolor de cabeza, náuseas y vómitos, y sólo una pequeña cantidad llega a desarrollar la encefalitis como tal. Ensayos serológicos que midieron los niveles de anticuerpos anti-VEVRM dentro de la población estimaron que sólo una de cada 800-1.000 infecciones resulta en una encefalitis clínica.

El periodo de incubación después de la exposición al virus dura entre 1 y 4 semanas. Después de la infección, la persona tiene inmunidad de por vida contra el virus. Cuando un paciente comienza con sintomatología de encefalitis y ha estado presente en áreas endémicas, se puede confirmar el diagnóstico con un estudio serológico buscando una elevación en los anticuerpos específicos para VEVRM. De aquellos que contraen la enfermedad, uno de cada cuatro fallece.

El Centro para la Protección de la Salud (CHP) del Departamento de Salud de Hong Kong está investigando hoy dos brotes de enfermedad de manos, pies y boca (EMPB) en dos guarderías infantiles, e instó al público, las escuelas y las instituciones a mantener una estricta higiene de manos, personal y ambiental.

El primer brote involucra a 21 niños pequeños (11 niños y 10 niñas) de 8 a 26 meses en un centro de cuidado infantil en la ciudad de Kowloon. Desarrollaron fiebre, úlceras orales y erupción en manos o pies desde el 11 de mayo. Todos los pacientes buscaron atención médica y uno de ellos requirió hospitalización, que ha sido dado de alta después del tratamiento. Todos los pacientes se encuentran en condición estable. La muestra respiratoria de un niño afectado dio positivo para Enterovirus (EV) en las pruebas de laboratorio.

El segundo brote involucra a 23 niños (12 niños y 11 niñas) de 2 a 4 años en un centro residencial de cuidado infantil en Wan Chai. Desarrollaron úlceras orales y sarpullido en las manos o los pies desde el 18 de mayo. Todos los pacientes buscaron atención médica y ninguno requirió hospitalización. Se encuentran en condición estable.

Los funcionarios del CHP asesoraron a la gerencia de ambos centros sobre las necesarias medidas de prevención y control de infecciones. Los centros han sido puestos bajo vigilancia médica. Las investigaciones sobre los dos brotes están en curso.

“La EMPB es común en niños, aunque también pueden aparecer casos en adultos. Suele ser causada por Enterovirus como el virus Coxsackie y Enterovirus 71 (EV71). Se caracteriza clínicamente por erupciones maculopapulares o lesiones vesiculares que ocurren en las palmas de las manos, las plantas de los pies y otras partes del cuerpo como las nalgas y los muslos. También se pueden encontrar lesiones vesiculares y úlceras en la cavidad oral. A veces, los pacientes presentan principalmente úlceras dolorosas en la parte posterior de la boca, lo que se denomina herpangina, sin erupción en las manos o los pies”, dijo un portavoz de la CHP.

“La EMPB ocurre durante todo el año, con un pico habitual de mayo a julio. También puede ocurrir un pico más pequeño de octubre a diciembre. Según los últimos datos de vigilancia del CHP, la actividad local de la EMPB ha aumentado. A medida que los niños pequeños son más susceptibles, los padres deben estar atentos a su salud. Pueden ocurrir brotes institucionales, donde la EMPB se puede propagar fácilmente entre niños pequeños con contacto cercano”, agregó el portavoz.

El 8 de mayo se notificó en Côte d'Ivoire un caso positivo de fiebre amarilla, tras la confirmación en el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Dakar mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa.

El paciente es un hombre de 35 años de Cocody-Bengerville, en Abidjan. Se desconoce su estado de vacunación contra la fiebre amarilla. La fecha de inicio de la enfermedad es el 4 de abril de 2023 y la muestra se recogió el 6 de abril.

La fiebre amarilla es una fiebre hemorrágica viral aguda, cuyos síntomas –fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolor de espalda y dolores musculares– se desarrollan de 3 a 6 días después de la infección. Alrededor de 15% de las personas infectadas con el virus de la fiebre amarilla desarrollan una enfermedad grave que puede provocar insuficiencia hepática, hemorragia, shock, insuficiencia orgánica, ictericia y, a veces, la muerte.

El diagnóstico se basa en los síntomas, las pruebas de laboratorio y el historial de viajes. El virus de la fiebre amarilla se propaga a través de las picaduras de mosquitos infectados.

No existen medicamentos para tratar o curar la fiebre amarilla. La vacuna contra la fiebre amarilla es la mejor protección contra esta enfermedad.

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica viral transmitida por vectores y transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*. La enfermedad podría potencialmente causar la muerte después de que el paciente experimente síntomas intensos como fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolor de espalda y dolores musculares que se desarrollan entre 3 y 6 días después de la infección. Más de 10% de los pacientes podrían desarrollar síntomas graves de enfermedad que pueden provocar enfermedad hepática, hemorragia, shock, insuficiencia orgánica e ictericia. La prevención de la fiebre amarilla se basa en la vacunación, las medidas de control de vectores y la educación sanitaria en los países donde la enfermedad es endémica. La ciudad de Abidjan informó casos de fiebre amarilla en los años 2019 y 2017.

Las autoridades de Salud Pública de Andalucía investigan las circunstancias por las que se ha producido una intoxicación alimentaria que afecta a al menos 66 personas hasta la fecha, de las que 15 han requerido ingreso hospitalario. El motivo sería el consumo de un lote de atún contaminado con histamina, comercializado por un proveedor alimentario. La histaminosis por atún ya provocó una amplia alerta en 2017, que llevó a la retirada de seis lotes de pescado.



Según los datos recopilados hasta el momento por el Área Sanitaria Norte de la provincia y de la Delegación Territorial de Salud en Almería, las personas que han sufrido la intoxicación evolucionan en general “de manera favorable” y en este momento ya se encuentran dados de alta. El pescado provendría de un proveedor de Madrid, donde también se investigarían casos.

Un total de 51 personas han acudido a los centros de salud y a los consultorios de la comarca de Almanzora al manifestar los síntomas de malestar vinculados a la histaminosis. La acumulación de esta sustancia provoca desde simples picores en palmas y plantas, ronchas en la piel, rinitis, molestias digestivas o dolor de cabeza, hasta situaciones muy graves de hipotensión, broncoespasmo y shock anafiláctico mortal, como ocurre en las reacciones alérgicas graves.

La histamina es un tóxico natural que se produce en el pescado cuando proliferan determinadas bacterias en su carne muscular. Esto puede producirse por diversos motivos: una contaminación bacteriana, por pérdida de frescura del pescado, por una mala conservación a temperatura inadecuada, o por fallos en la higiene y manipulación, como apunta la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU).

Así, 14 de las personas afectadas fueron atendidas en el Hospital de la Inmaculada, en el municipio de Huércal-Overa, y uno de ellos en el Hospital Universitario de Torrecárdenas en la capital almeriense. Los servicios de Epidemiología del Área de Gestión Sanitaria Norte y de la Delegación Territorial de Salud se han hecho cargo de la investigación del origen de la intoxicación.

Los primeros datos recabados por el servicio de Epidemiología apuntan a que habría dos focos principales de contaminación: un cáterin en las instalaciones de la multinacional Cosentino, en Cantoria, y un restaurante de la zona. La empresa manifestó que tanto en el proceso de la cadena de frío como en el cocinado, que se realiza en un establecimiento cercano a la sede de la empresa en la que se sirve, “se hicieron correctamente”.

Cosentino informó que “casi un millar” de empleados se alimentan a diario en el comedor de empresa de su sede de Macael (Almería), y que los que han enfermado por consumir el atún

incluido en el menú son una minoría. Por tanto, apuntaron a que la contaminación no pudo producirse en sus instalaciones, sino que provendría de uno de los lotes en origen.

En cualquier caso, las autoridades sanitarias instaron a vigilar los síntomas de la histaminosis si se ha consumido atún recientemente: picor de garganta, rubor y sudor facial, náuseas y vómitos, cefaleas y eritema cutáneo. La gravedad de la reacción dependerá tanto del volumen de histaminas consumido como la sensibilidad de cada cual, pero ante la presencia de malestar, instaron a acudir al centro de salud más cercano.

La escombroidosis es el resultado de una intoxicación por histamina tras la ingesta de pescado mal conservado, por lo regular de la familia Scombridae, que incluye peces de agua profunda y de carne oscura como el atún, el bonito y la caballa. Sin embargo, se han reportado casos de este síndrome tras la ingesta de pescado que no pertenece a esta familia, como el dorado, sardinas, boja-la, anchoas y en ocasiones queso.

Los síntomas generalmente se presentan en la primera hora posterior a la ingesta del pescado mal conservado y, tras 24 horas de la aparición de los síntomas, la recuperación suele ser completa en la mayoría de los pacientes. Son síntomas característicos de la escombroidosis el sabor metálico, cefalea, diaforesis, palpitaciones, mareo, náusea, vómito, eritema súbito, eritema urticariforme con distribución céfalo-caudal y en ocasiones edema facial. Se han observado complicaciones cardíacas y respiratorias graves como edema agudo de pulmón, isquemia cardíaca y choque cardiogénico en pacientes con enfermedades preexistentes.

Estos síntomas varían por los diferentes tipos de receptores para histamina (H1, H2, H3, H4). H1 y H2 median la respuesta cardiovascular, así como el prurito, urticaria y enrojecimiento; los receptores H3 modulan la liberación de neurotransmisores en el sistema nervioso central y son causantes de cefalea, náusea y vómito. La diamina oxidasa (DAO) y la histamina N-metil transferasa (HNMT) son enzimas que metabolizan la histamina en humanos, por tal motivo la inhibición de estas enzimas puede potenciar los efectos de la histamina, ya que aumenta su absorción intestinal y previene el metabolismo extraintestinal. Lo anterior se ha observado en pacientes en tratamiento con inhibidores de diamina oxidasa como isoniazida y aminoguanidina.

La familia de peces Scombridae contiene grandes cantidades de histidina libre en su musculatura. En condiciones subóptimas de refrigeración, resulta en la proliferación de bacterias que producen histamina por la descarboxilación de la histidina libre. Las principales bacterias que producen descarboxilasa de histidina son *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Proteus mirabilis*, *Clostridium* spp., *Enterobacter aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae* y *Hafnia alvei*. Las bacterias pueden producir grandes cantidades de histamina en temperaturas por arriba de 4°C en tan sólo 3-5 horas, por lo que la inmediata refrigeración del pescado reduce el riesgo, generando una producción mínima de histamina en temperaturas por debajo de 0°C. Por esta razón, se recomienda mantener el pescado a esta temperatura desde el momento de su pesca hasta la preparación para su consumo.

Una vez formadas las toxinas que causan este síndrome, no se inactivan con la preparación de los alimentos, pues son estables en el calor. Aunque los diferentes métodos de preparación como la cocción, ahumado o congelación matan las bacterias productoras de histamina, no reducen el riesgo de la enfermedad.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos estableció un nivel tóxico de histamina en el atún en concentraciones por arriba de 50 mg/100 g. Concentraciones por debajo de 5-10 mg/100 g de histamina por lo regular no causan toxicidad; sin embargo, se han reportado casos de intoxicación con niveles de histamina desde 20 mg/100 g.

En general no se observan alteraciones en los resultados de laboratorio asociados a la intoxicación por histamina y la biometría suele arrojar resultados normales. Al ser una reacción con síntomas de leves a moderados y autolimitada, el tratamiento es de soporte y en pacientes sintomáticos se ha observado una respuesta favorable con antihistamínicos. Los antieméticos y broncodilatadores están indicados de acuerdo con la presentación clínica.

La intoxicación por histamina puede ser fácilmente prevenible con un manejo adecuado del pescado a bajas temperaturas. Si la refrigeración entre el momento de su pesca y el consumo es subóptima, la proliferación bacteriana puede producir una cantidad de histamina suficiente para provocar una intoxicación. El diagnóstico es principalmente clínico con una historia clínica detallada, pues los estudios de laboratorio por lo general no revelan hallazgos sugestivos. El tratamiento es de soporte y los casos muy sintomáticos se ven beneficiados con antihistamínicos. No debe confundirse con una reacción alérgica.

Las autoridades sanitarias anunciaron que se han detectado mosquitos portadores del virus del Nilo Occidental cerca de la ciudad sureña de Yeruham y los alrededores del Consejo Regional de Ramat Negev. Esta es la primera vez que se detecta la enfermedad en Israel en 2023.

El Ministerio de Protección Ambiental informó que se encontraron mosquitos infectados con el virus en Nahal Revivim, cerca del lago Yeruham, y fuera de los centros educativos de Nitzana y Midreshet Ben Gurion.

Hizo un llamado a la población en esas áreas para asegurarse de que no haya fuentes de agua estancada en su propiedad, usar repelentes de insectos, colocar mosquiteros en las ventanas y usar ropa que cubra la piel.

Este informe alerta al público en general y a los funcionarios de salud pública que la transmisión del virus del Nilo Occidental (VNO) ya está en marcha y que se deben tomar precauciones para evitar las picaduras de mosquitos. No especifica la especie de los mosquitos positivos, pero un informe anterior indicaba que se trataba de *Culex pipiens*, un vector conocido del virus. Los mosquitos adquieren el virus de aves infectadas.

Los casos humanos de infección por el VNO no son nuevos en Israel, y el virus es endémico en el país, con 40-160 casos humanos anuales. Los casos clínicos de fiebre del Nilo Occidental se sospecharon inicialmente en Israel en 1941; el virus se aisló e identificó en 1951 durante un brote extenso, que se repitió en 1952-1953. La enfermedad es estacional en Israel, con una recurrencia anual. Durante 2017, se notificó un total de 39 casos humanos y tres casos en caballos. Según información del 22 de agosto de 2018, el número de casos humanos en 2018 fue aproximadamente el doble del de igual período de 2017.

Una de las vías principales de transmisión del VNO es a través de las aves migratorias, e Israel se encuentra en una ruta migratoria central entre África y Eurasia. La mayoría de los casos de fiebre del Nilo Occidental notificados en los últimos años se encontraban entre los residentes de la llanura costera.

Han sido aislados diversos linajes, clados y grupos del VNO de mosquitos en Israel durante los últimos 15 años, y se ha encontrado que el subtipo mediterráneo del linaje 1 del VNO circula permanentemente en la región.

Un estudio transversal a nivel nacional realizado en Israel en 2017 encontró una alta seroprevalencia de anticuerpos para el VNO (11,1%).

Se han registrado casos de VNO en caballos en Israel en el pasado. Hay una vacuna disponible para equinos, pero no para humanos. El control de vectores y evitar las picaduras de mosquitos son las únicas medidas preventivas que las personas pueden tomar.

El Ministerio de Salud de Malasia informó este año 43.619 casos de dengue hasta el 21 de mayo, un aumento de 170% en comparación con el mismo período de 2022, cuando se registraron 16.144 casos.

Además, se han reportado un total de 28 muertes por complicaciones del dengue, en comparación con nueve muertes para el mismo período en 2022.

Los funcionarios de salud también informaron 131 casos de fiebre chikungunya hasta la fecha.

El Ministerio de Salud ha llevado a cabo diversas actividades de control para reducir la incidencia del dengue y otros arbovirus.

Entre las actividades de control realizadas está la destrucción de criaderos de mosquitos *Aedes*, aplicación de larvicidas, fumigaciones, educación sanitaria y fiscalización.

Los funcionarios de salud manifestaron que todos los niveles de la sociedad deben asumir la responsabilidad y trabajar juntos para mantener el ambiente limpio y garantizar que no haya lugares donde se reproduzcan mosquitos *Aedes* en un esfuerzo por reducir la incidencia de casos de dengue. Deben realizarse actividades de búsqueda y eliminación de criaderos del mosquito *Aedes* durante al menos 10 minutos a la semana.



El 16 de mayo de 2023, un paciente varón con sospecha de infección por fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) fue tratado en un centro de salud privado en Gobabis. Fue derivado al Hospital Privado 'Lady Pohamba' el 17 de mayo, y en la madrugada del 18 de mayo fue derivado e ingresado en la Unidad de Aislamiento del Hospital Central de Windhoek. Se tomaron muestras de sangre para la investigación de FHCC antes de que el paciente falleciera el mismo día. El 21 de mayo, los resultados de laboratorio confirmaron que el paciente era positivo para el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo.

Desde el 18 de mayo, se identificó un total de 27 contactos, de los cuales 24 son trabajadores de la salud, uno es compañero de trabajo del caso y dos contactos del hogar.

De acuerdo con los protocolos del Ministerio de Salud y Servicios Sociales y las Normas de la Organización Mundial de la Salud, un caso de FHCC confirmado por laboratorio en una jurisdicción se considera un brote y requiere que se instituyan medidas de salud pública para evitar una mayor transmisión.

Namibia ha experimentado brotes de FHCC en el pasado, registrando seis casos confirmados y tres muertes (tasa de letalidad de 50%).

Algunas de las acciones implementadas por el ministerio de Salud y Servicios Sociales son:

- Se activaron Comités de Gestión de Emergencias Sanitarias en las regiones de Khomas y Omaheke, así como a nivel nacional.
- Todos los contactos identificados en los distritos de salud de Gobabis y Windhoek están siendo monitoreados de cerca.
- Se está realizando una movilización social en las comunidades afectadas para sensibilizar a los miembros de la comunidad y crear conciencia sobre los signos y síntomas, así como sobre las medidas de prevención de la FHCC.
- Los Servicios Veterinarios están siendo comprometidos a través del Comité Regional y Nacional de Manejo de Emergencias Sanitarias para atender las medidas de control de vectores.

El ministerio instó a la población a no entrar en pánico, sino a cooperar, apoyar y cumplir con las medidas de control implementadas para contener y prevenir una mayor propagación de la infección. Se solicitó a todas las personas que estuvieron en contacto directo con el caso que se presenten al establecimiento de salud más cercano.

El Ministerio de Salud y Servicios Sociales seguirá siendo proactivo ante cualquier enfermedad infecciosa emergente o reemergente, y continúa monitoreando la situación.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) es una enfermedad causada por un *Nairovirus* transmitido por garrapatas, de la familia Bunyviridae. Causa brotes graves de fiebre hemorrágica viral, con una tasa de letalidad de 10 a 40%. Los animales se infectan por la picadura de garrapatas infectadas y el virus permanece en su torrente sanguíneo durante aproximadamente una semana después de la infección, lo que permite que el ciclo garrapata-animal-garrapata continúe cuando otra garrapata lo pica. Aunque varios géneros de garrapatas son capaces de infectarse con el virus de la FHCC, las del género *Hyalomma* son el vector principal. El virus de la FHCC se transmite a las personas ya sea por picaduras de garrapatas o por contacto con sangre o tejidos de animales infectados durante e inmediatamente después del sacrificio. La mayoría de los casos se han producido en personas involucradas en la industria ganadera, como trabajadores agrícolas, trabajadores de mataderos y veterinarios. La transmisión de persona a persona es posible. El virus está muy extendido en algunos países de África y Asia, en los Balcanes, Medio Oriente y en el sur de la parte europea de Rusia.

En abril de 2023 se identificaron dos casos confirmados por laboratorio de la enfermedad causada por *Corynebacterium diphtheria* toxigénica: uno es un niño residente en Western Cape, y el otro un adulto de KwaZulu-Natal.

Estos casos son un recordatorio de que una disminución en la cobertura de vacunación (probablemente debido a la pandemia de covid) puede generar más casos y que *C. diphtheriae* puede estar circulando sin ser detectada en otras provincias.

La antitoxina diftérica escasea a nivel mundial; la Organización Mundial de la Salud está trabajando para asegurar suministros adicionales de antitoxina. El tratamiento en ausencia de antitoxina consiste en antibióticos apropiados y atención de apoyo.

A través de una [alerta](#), el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (NICD) instó a los médicos de todo el país a tener un alto índice de sospecha de difteria, notificar los casos sospechosos y enviar las muestras al laboratorio para su análisis.

Asimismo, el NICD ha publicado las [directrices para el diagnóstico, las pruebas y el tratamiento de la difteria](#).

La difteria es una infección grave poco frecuente. Sin embargo, es prevenible con vacunas. La infección es causada por una bacteria productora de toxinas, *Corynebacterium diphtheria*, que puede provocar dificultad para respirar, problemas con el ritmo cardíaco e incluso la muerte. Los síntomas de la difteria incluyen dolor de garganta (con la formación de una membrana en la amígdala y la garganta) e inflamación de las glándulas en la parte delantera del cuello. Los contactos cercanos de casos conocidos tienen un mayor riesgo de infección.

La bacteria que causa la infección se transmite de persona a persona a través de las gotitas respiratorias al toser o estornudar en la mayoría de los casos. Los contactos cercanos de los infectados corren mayor riesgo.

La vacunación contra la difteria es parte del programa de vacunación infantil en Sudáfrica. La vacuna debe administrarse a todos los niños como parte de la vacunación de rutina en el primer año de vida. También se deben administrar dosis de refuerzo a la edad de 6 y 12 años. La vacunación de recuperación es posible si se han omitido dosis.

C. diphtheriae produce una toxina que afecta el revestimiento de la nariz, la garganta, la tráquea y los pulmones. Si no se trata, puede ser fatal, especialmente en niños. Se recomienda la inmunización de rutina para prevenir y controlar los brotes.

Al principio parece una picadura indolora de un insecto, o se hinchan las piernas. A veces se endurece la piel del brazo o la cara. Nada parece preocupante hasta que, en cuatro semanas, las afecciones se empiezan a convertir en heridas cada vez más amplias y profundas, llegando incluso a dejar a la vista el hueso. Así ataca la bacteria *Mycobacterium ulcerans*, causante de la [úlcer de Buruli](#), una [enfermedad olvidada](#) entre las desatendidas, que afecta a la piel y tejidos blandos. Se desconoce el modo de transmisión, pero tiene cura. Una vez detectada, un tratamiento de dos antibióticos (rifampicina y claritromicina) durante ocho semanas acabará con el germen y las heridas sanarán con tiempo y curas diarias, aunque dejando, en los casos más avanzados, secuelas irreversibles.



El agente causante de la úlcera de Buruli es la bacteria *Mycobacterium ulcerans*, que secreta una toxina que daña la piel. De no ser tratada prontamente, la enfermedad puede causar discapacidad de larga duración. En la imagen, una paciente en el centro de salud de Saint Michel, en Zoukoubé (Côte d'Ivoire).

Cuando Ama Ago (54 años) descubrió que tenía úlcera de Buruli, habían pasado ya seis meses desde que aparecieron los primeros síntomas. No podía permitirse el transporte para ir al médico, así que se recluyó en su casa en la región de Ashanti, al sur de Ghana, sin saber que una bacteria amenazaba su vida. Su salud se tambaleó por una enfermedad de la que nunca había oído hablar. “Ir al centro de salud no se me pasaba por la cabeza. No tenemos dinero suficiente para desplazarnos”. Solo decidió ir a una clínica cuando supo que tenía cura y no tendría que costear la medicación. Debido al estado avanzado de las lesiones, no podía llevarse las pastillas a casa, lo que solo es posible en los primeros estadios de la dolencia si se realiza una detección muy precoz. Madre de siete hijos, pasó dos meses ingresada en el hospital distrital de Dunkwa para completar el tratamiento y sanar sus heridas después de un injerto de piel. “No puedo permitirme ir y volver al centro de salud”, razonó en un testimonio recogido por la [Fundación Anesvad](#), que trabaja en el país africano para mejorar la detección y tratamiento de esta dolencia.

Uno de los proyectos que apoya financieramente la ONG vasca consiste en probar un nuevo régimen de medicamentos para reducir el tiempo de tratamiento a la mitad. Santiago Ramón, investigador científico de la Fundación Agencia Aragonesa para la Investigación y el Desarrollo (ARAID) en la Universidad de Zaragoza, coordina el [estudio](#). “Añadimos al tratamiento un tercer antibiótico que es amoxicilina/clavulánico”, explicó. Este remedio, de uso común para tratar multitud de infecciones bacterianas, se ha mostrado seguro para contribuir a mermar a cuatro semanas la batalla contra el germen. “Veremos también si hay una curación más rápida de las lesiones. De media, cicatrizan en unas 20 semanas, aunque en casos extremos puede prolongarse hasta un año. Parte del estudio es comprobar si el paciente se cura en menos”, detalló. Con los [ensayos de la fase II](#) avanzados en un número pequeño de pacientes [en Benín](#), ya se ha iniciado la tercera y última etapa para probar la eficacia en un grupo grande en más zonas endémicas. A través de dos consorcios internacionales, con fondos de Anesvad (dos

millones de euros) y la ayuda de la Tres Cantos Open Lab Foundation y la farmacéutica GlaxoSmithKline, además de otras instituciones y las autoridades de Côte d'Ivoire, Ghana, Togo y Benín, la investigación se ha extendido a estos países.

El pasado marzo comenzó el reclutamiento de pacientes para los ensayos. “Cuando una persona llega a un hospital o centro de salud con un problema dermatológico, los médicos evalúan si es úlcera de Buruli. De confirmarse, le ofrecen unirse al ensayo clínico, explicando en qué consiste. Tiene que firmar un consentimiento informado y, si no sabe leer, se necesita un tutor que lea”, concretó Ramón. Con esta fase III ya arrancada, el equipo investigador presentó sus avances ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la Primera Reunión Global de Enfermedades de la Piel Desatendidas, celebrada en Genève el pasado abril.

Para el científico, la investigación es ya un éxito independientemente del resultado. “Creo que va a funcionar, pero demostrarlo va a tardar muchos meses”. En su opinión, una de las partes positivas de este ensayo es la alianza Norte-Sur para llevarlo a cabo. La úlcera de Buruli es una de las llamadas enfermedades desatendidas, porque no atrae el interés de la comunidad científica para su investigación, además de afectar a comunidades empobrecidas de áreas geográficas deprimidas. Son 33 los países que han notificado casos, siendo los de África Occidental y Central los más afectados. El número ha ido variando a la baja y al alza en curvas ascendentes cada vez más moderadas en las últimas décadas: en 2010 se anotaron 5.000, cayeron a 1.961 en 2016, volvió a subir a 2.713 en 2018 y volvió a descender a 1.370 en 2021, aunque esta bajada “podría guardar relación con las repercusiones de la covid en las labores de detección activa”, matizó la OMS.

“El primer éxito es el compromiso de múltiples actores: cuatro países, incluidos sus gobiernos, sociedad civil y centros de investigación. Esto garantiza una correcta transferencia de conocimiento”, apuntó María González Sevilla, técnica de proyectos de Anesvad. “También es importante destacar que se trata de antibióticos de uso generalista, como la amoxicilina, lo que los hace más accesibles para los centros de salud”.

“Como actualmente se desconoce el modo de transmisión, el objetivo principal es minimizar el sufrimiento, las discapacidades y la carga socioeconómica que la enfermedad causa en los pacientes y sus familias”, anotó Sara Eyangoh, directora científica del Centro ‘Dr. Louis Pasteur’ de Camerún. Acortar el tratamiento va en esta dirección al disminuir el gasto que supone ir al hospital, permanecer allí, paralizando el trabajo, pagar las comidas y la estancia de los familiares al cuidado de los menores... “La mayoría de los pacientes son niños, lo que implica un desplazamiento y un desgaste económico brutal para toda la familia. Curarles antes implicará menos esfuerzo financiero y evita el rezago educativo. Al reducir el tiempo del tratamiento y la terapia posterior, el estigma social y el trauma es mucho menor. También reduce la tasa de abandono del tratamiento”, resumió González Sevilla.

En este sentido, el Dr. Quao, director del Programa Nacional de Lucha contra la Lepra en Ghana, que también se ocupa del manejo de la úlcera de Buruli, coincidió. “A menudo no pueden finalizar porque sus ocupaciones diarias, para tener algo de dinero y una comida al día,



Una paciente es tratada en el centro de salud de Saint Michel, en Zoukoubé (Côte d'Ivoire), de las heridas causadas en su brazo por la úlcera de Buruli. Aunque el tratamiento con antibióticos se prolonga ocho semanas, la recuperación puede llevar muchos más meses hasta que cicatrizan las lesiones.

sumadas a la distancia de sus casas respecto de los centros de salud, son un freno”. La ghanesa Ama Ago tuvo que dejar de trabajar en la granja en la que estaba empleada y, debido a las secuelas de la enfermedad, seguramente ya no pueda continuar igual que antes.

La prevención, el agua, la higiene y la sensibilización

De la úlcera de Buruli se desconoce el modo exacto de transmisión, pero sí se sabe que la bacteria está en el ambiente y se suele vincular a la presencia de aguas estancadas e insalubres, según la Fundación Anesvad. Por eso, a falta de más conocimiento para evitar que la bacteria ataque a sus huéspedes, promueve el acceso a agua y la higiene como prevención. “El agua da la vida. En algunos lugares de África Subsahariana, la quita. Algo tan sencillo como abrir el grifo o tirar de la cisterna es de todo menos sencillo. Hay zonas rurales donde la población consume y recoge agua de fuentes estancadas o mezcladas con agua utilizada para higiene personal. El agua contaminada transmite enfermedades tropicales desatendidas y retrasa y complica su curación”, explica la ONG especializada en las dolencias desatendidas que afectan a la piel (úlceras de Buruli, pian y lepra), en el marco de su campaña [Fuentes que enferman](#).

Para remarcar la importancia del agua limpia y segura en la lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas de la piel, han pedido a tres mujeres africanas –Chantale, Fatim y Aminata– que escriban de su puño y letra el abecedario. Con cada uno de ellos han creado a su vez tres fuentes tipográficas descargables gratuitamente, que simulan las enfermedades que combaten.

Prevenção...



GERMES ADORAM O INVERNO. CUIDE-SE.

EVITE FICAR DOENTE NO INVERNO COM ESSAS PRECAUÇÕES:

- Se for tossir ou espirrar, cubra a boca com um lenço ou use a dobra do cotovelo.
- Use sempre que possível álcool gel.
- Evite aglomerações.
- Sempre que possível mantenha os ambientes ventilados.
- Beba muita água, e tenha uma alimentação equilibrada.
- Não compartilhe objetos de uso pessoal, como copos, toalhas e maquiagens.
- Mantenha seus olhos e narinas lubrificadas com soro fisiológico.
- E em caso de alguma doença não se auto-medique: procure um médico.

CUIDAR DE VOCE, ESSE É O PLANO.



Asociación Paraense de Neumonología y Unimed Curitiba (Brasil. Abril de 2019).

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

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

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

