

ARGENTINA

- Cómo avanza en el país la cuarta ola de COVID-19
- Buenos Aires: Preocupación por casos de fiebre hemorrágica argentina en el norte de la provincia

AMÉRICA

- Brasil: Brote de infecciones intrahospitalarias en una maternidad de Fortaleza
- México: Veracruz es el estado con más casos de síndrome congénito asociado al virus Zika

EL MUNDO

- China: Notificaron un caso humano de influenza aviar A(H3N8) en Hunan
- España: Confirman la presencia de hantavirus, arenavirus y ortopoxvirus en zonas agrarias
- Ghana: Confirman un brote de influenza por variante del virus A(H3N2)
- India: Reportan más de 80 casos de tifus de los matorrales en Bengala
- Irak: Situación epidemiológica de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

- Mozambique: Declaran un brote de cólera
- Sudáfrica: Reportan tres nuevos casos de rabia humana en el último mes
- Togo: Eliminado el tracoma como problema de salud pública
- Un antibiótico podría servir como profilaxis postexposición contra las ITS
- Ya son 557 los casos de viruela símica en todo el mundo, 338 en la última semana

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

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

Adherentes

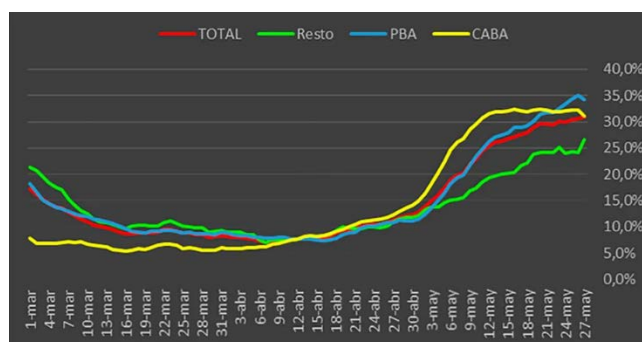


Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© 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.

”A esta ola de COVID-19 le quedan un par de semanas todavía”, afirmó Fernán González Bernaldo de Quirós el 31 de mayo. Lo cierto es que desde que el reporte de casos dejó de ser diario para convertirse en semanal hubo un aumento sostenido de contagios. Además, muchos afectados no son relevados por el informe que emite la cartera de Salud nacional, ya que no pertenecen a los grupos que deben testearse o, simplemente, eligen realizar la prueba casera y omiten la notificación.



Porcentaje de positividad para COVID-19 de casos testeados. Argentina y jurisdicciones seleccionadas. Año 2022, del 1 de marzo al 27 de mayo. Fuente: Martín Barrionuevo.

El 17 de abril se contabilizaron 8.387 casos positivos, ese fue el momento en que se concretó el primer envío semanal de casos. El pasado 28 de mayo, último reporte emitido, se identificaron 51.778 afectados. De este modo, en los 41 días que separan un informe del otro se registró un alza de 517%, a razón de más de 129% promedio cada 10 días. Vale aclarar que esta cifra es un promedio, ya que el incremento no fue siempre el mismo.

En cifras, y tras evaluar solamente el mes de mayo, en la semana epidemiológica (SE) 18 se reportaron 17.646 casos; en la SE siguiente, la cifra prácticamente se duplicó: 33.989. Finalmente, en la SE 20 hubo 43.487. Con estas cifras, el total de casos desde el inicio de la pandemia ascendió a 9.230.573, mientras que los fallecimientos suman 128.889.

”Hace cinco semanas que venimos con aumento de casos de COVID-19 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), estos últimos días con cierto grado de estabilización en el número de casos por día, pero estamos transitando una ola de casos bien significativa”, dijo Quirós. Al tiempo que afirmó que “los datos de los últimos días muestran que los casos porteños se han estabilizado. Veremos cómo se comporta. Naturalmente, luego de estabilizarse, semanas después empieza a descender, así que creemos que a la ola de la CABA le quedan un par de semanas todavía”.

Lautaro de Vedia, expresidente de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) e infectólogo del Hospital de Infecciosas ‘Dr. Francisco Javier Muñoz’, aseguró que aún se ven “casos, pero muy pocos graves. Son pacientes con síntomas muy leves”. Asimismo, afirmó que “hace dos o tres semanas hubo un aumento importante. Hace una semana creció un 54% y a la siguiente un 92%. Pero hay que decir que, si bien hay muchos casos, el aumento es menos pronunciado”.

”Hay más casos que la semana anterior, pero no tantos como se venía dando”, señaló el infectólogo en consonancia con lo argumentado por el ministro de Salud porteño y su par Nicolás Kreplak. “Si bien la cantidad de contagios viene aumentando, la velocidad de incremento se ha reducido notablemente. Dos semanas atrás, la cantidad de casos de cada semana aumentaba el 100%. La semana pasada aumentó 45% y la semana que acaba de terminar, aumentó el 25% en la provincia de Buenos Aires”, señaló el funcionario bonaerense el pasado 30 de mayo.

En ese sentido, Martín Barrionuevo, senador provincial por Corrientes, contador y experto analista de datos, evaluó los últimos datos y advirtió que “la CABA está mostrando una leve reducción de casos confirmados”, mientras que en el territorio bonaerense se evidencia “estabilidad”. “La CABA transita un periodo de estabilidad, incluso de leve mejoría, en la positividad”, dijo el experto, al tiempo que advirtió que se registra una “tendencia al crecimiento de fallecidos”.

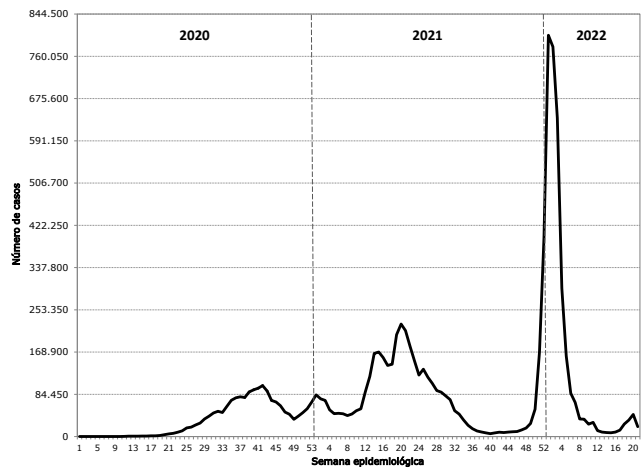
En el reporte emitido el 29 de mayo, la cartera sanitaria indicó que, a la fecha, son 346 los internados con COVID-19 en unidades de terapia intensiva (23 más que la semana anterior), con un porcentaje de ocupación de camas, tanto en el sector público como en el privado y para todas las patologías, de 42,2% en el país. “Es verdad que aumentaron los casos de internados en terapia intensiva, pero es lógico porque la cifra de contagiados es mayor. Lo mismo pasa con los óbitos, los pacientes que fallecen son los casos de hace unas tres semanas”, explicó de Vedia.

En tanto, según advirtió Jorge Luis Aliaga, doctor en física y secretario de Planeamiento de la Universidad Nacional de Hurlingham, en su análisis de datos semanal, hubo una “disminución en la velocidad de crecimiento de confirmados”, por lo que estimó que estos datos pueden evidenciar el número máximo de casos.

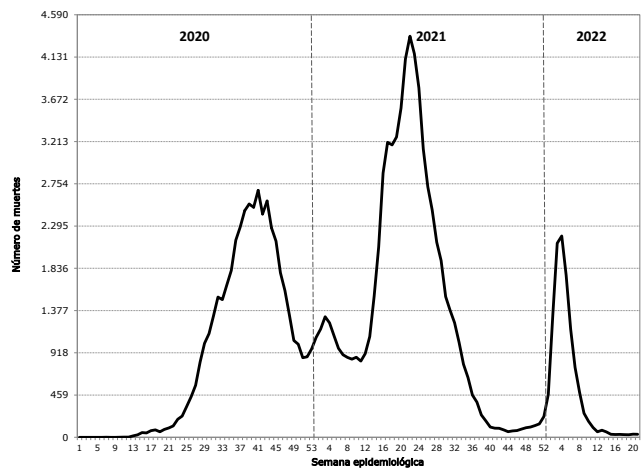
Cómo avanza el plan nacional de vacunación

A pesar del aumento en el nivel de contagios, casi 60% de la población argentina no se aplicó dosis de refuerzo de la vacuna contra la COVID-19. Si bien más de 80% completó el esquema primario de vacunas, sólo 40,7% recibió la primera dosis de refuerzo, una herramienta clave para fortalecer la producción de anticuerpos en el contexto de la nueva ola de casos que atraviesa el país.

Según los últimos datos consignados por el Ministerio de Salud, a la fecha, 89,7% de las personas residentes en el país inició su esquema de vacunación; 81,6% lo completó y 40,7% aplicó su primera dosis de refuerzo.



Casos confirmados de COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 21 de 2022. Fuente: COVID-Stats. Datos al 2 de junio de 2022, 15:58 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 21 de 2022. Fuente: COVID-Stats. Datos al 2 de junio de 2022, 15:58 horas.

En las últimas semanas comenzaron a generar preocupación los contagios de fiebre hemorrágica argentina (FHA) detectados en distritos de la zona del norte de la provincia de Buenos Aires, donde ya se registró este año una muerte a causa de la enfermedad. Abarcan a la zona de San Nicolás, Ramallo y Pergamino.



Hasta el 14 de mayo, según el [último boletín epidemiológico](#) publicado por el Ministerio de Salud bonaerense, se informaron en 2022 unos 65 casos sospechosos de FHA (seis ya fueron confirmados y uno descartado). Se trata de números ampliamente superiores a los del año pasado, cuando para la misma fecha había 14 sospechosos y uno solo confirmado.

A mediados de abril se registró una víctima fatal por FHA: una mujer de 42 años. El documento de la cartera de Salud detalla que la misma “tenía como antecedente epidemiológico, haber participado de un evento social en una zona rural del partido de Ramallo”.

En esa zona bonaerense, ya se detectó además un caso en la Unidad Penal N° 3 de San Nicolás, la que cerró su ingreso al menos hasta junio para controlar el avance de la enfermedad.

También se informó un contagio en el barrio nicoleño Las Mellizas y la secretaria de Salud municipal, Mirna Bottazzi, advirtió que “por muchos años se creyó que la FHA era una enfermedad únicamente de zonas rurales” pero que ahora “tenemos que pensarla como un virus que se encuentra en el área urbana también”.

El 31 de mayo se confirmó otro caso en San Nicolás: un hombre de 34 años de la localidad de Campos Salles. En tanto, el 25 de mayo se informó el contagio de un joven de la localidad de Villa General Savio (Ramallo). Según el boletín epidemiológico del Ministerio de Salud, en el último tiempo también se vio afectado por esta enfermedad el distrito de Pergamino.

Cabe señalar que ninguno de los seis casos confirmados en la provincia tenía antecedente de vacunación con Candid#1 para prevenir la FHA. Esta inmunización es gratuita y obligatoria para todos los residentes de la zona endémica bonaerense.

La fiebre hemorrágica argentina (FHA) es una enfermedad aguda grave, producida por el virus Junín. Este virus pertenece a la familia de los Arenavirus, dentro de los que se han reconocido otros cuatro agentes de fiebres hemorrágicas: el virus Machupo (fiebre hemorrágica boliviana); el virus Guanarito (fiebre hemorrágica venezolana); el virus Sabiá (fiebre hemorrágica en Brasil) y el virus Lassa (fiebre hemorrágica de Lassa, en África). Se considera que todos los Arenavirus provienen de un origen común y han coevolucionado con las especies de roedores a las que infectan. En una determinada región, cada virus puede infectar a varias especies de roedores, pero hay una que, por su densidad poblacional, prevalencia y características de la infección se comporta como el reservorio principal. *Calomys musculinus* ha sido identificado como el reservorio principal del virus Junín.

El área endémica actualmente abarca el noroeste de la provincia de Buenos Aires, sur de Santa Fe, sudeste de Córdoba y noreste de La Pampa.

En la provincia de Buenos Aires el área endemoepidémica abarca en su totalidad a las regiones sanitarias III y IV; los partidos de Carlos Casares, Carlos Tejedor, General Villegas y 9 de Julio (RS II); Azul, Las Flores, Olavarría, Rauch y Tapalqué (RS IX); Alberti, Bragado y 25 de mayo (RS X).

La tasa de letalidad sin tratamiento puede llegar hasta 30%; el tratamiento específico con plasma inmune la reduce a menos de 1% si se transfunde en la primera semana desde el inicio de los síntomas, pero es ineficaz luego de los ocho días de enfermedad.

g1

BRASIL

BROTE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS
EN UNA MATERNIDAD DE FORTALEZA

26/05/2022

El hacinamiento provocó un brote de infecciones por *Clostridium difficile* en tres unidades de la Maternidad Escuela 'Assis Chateaubriand' (MEAC), en el barrio Rodolfo Teófilo, en Fortaleza. Debido al brote, la unidad de emergencias solo atenderá a embarazadas con edad gestacional superior a 37 semanas, mujeres embarazadas con una edad gestacional inferior a las 20 semanas, y urgencias ginecológicas.



“Por ahora, las condiciones son estables sin riesgo de un resultado clínico más grave”, dijeron autoridades de la Maternidad-Escuela. Este patógeno infecta el tracto digestivo.

Según el gerente de salud del MEAC, Francisco Edson de Lucena Feitosa, si continúa el hacinamiento, aumentará el número de contagios, lo que puede provocar la muerte de bebés.

“Ahora no estamos en condiciones de recibir a ninguna gestante con bebés prematuros. Si persiste, el riesgo es que tengamos infecciones más graves y que incluso tengamos desenlaces clínicos que incluyan la muerte de estos bebés”, advirtió.

El MEAC cuenta con 21 camas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y actualmente tiene 28 bebés hospitalizados; es decir, 130% de su capacidad.

Origen de las infecciones

Sobre el motivo de los contagios, Lucena explicó que el hacinamiento provoca un mayor contacto entre los niños de la incubadora, permitiendo una mayor contaminación.

“Tenemos las unidades neonatales superpobladas. Esto lleva a una reducción de profesionales para atender a un número determinado de bebés, que necesitan atención diferenciada. Se reducen los espacios entre incubadoras y eso automáticamente permite que los patógenos pasen de un bebé a otro, aumentando automáticamente los riesgos”.

Lucena dijo que hoy el estado de salud de los bebés en la unidad es satisfactorio, pero es necesario reducir el número de niños en la unidad de cuidados intensivos. “Los bebés están estables y no corren riesgo inmediato de sufrir complicaciones clínicas importantes. Pero necesitamos más atención y necesitamos reducir la cantidad de bebés prematuros que nacen aquí y ocupar automáticamente las vacantes en las unidades de cuidados intensivos”.

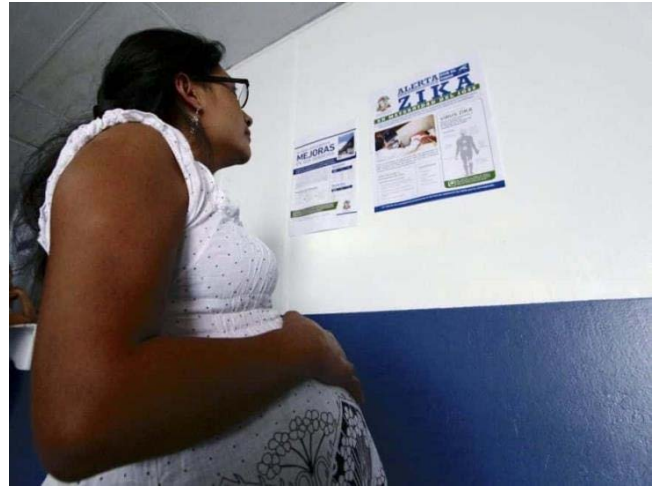
Finalmente, Lucena lamentó la situación de hacinamiento en las unidades neonatales. Recordó que hubo muertos y hasta el momento las autoridades competentes no han hecho nada.

“Hace más de 20 años que repetimos lo mismo: hacinamiento en las unidades neonatales. Ya hemos tenido desenlaces graves en un pasado no muy lejano. Hemos solicitado al Ministerio Público a nivel municipal y estatal una solución a corto a mediano y largo plazo para solucionar el hacinamiento de las unidades neonatales”.

El número excesivo de pacientes hospitalizados en unidades con un número limitado de plazas ciertamente puede facilitar la diseminación de agentes infecciosos en los servicios de salud, pero las fallas en el proceso de trabajo suelen ser los desencadenantes de brotes de infección hospitalaria. Cabe señalar que *Clostridium difficile* no es un microorganismo comúnmente identificado en los brotes en unidades de cuidados intensivos neonatales. Por lo menos, no es habitual.

El estado de Veracruz ha registrado diez casos de síndrome congénito asociado al virus Zika entre 2016 y 2021, revelan datos de la Secretaría de Salud Federal.

Con ese número de casos, se ubica como el estado con más casos de este síndrome en cinco años. A Veracruz le sigue Tamaulipas, con seis casos. Otros estados que han registrado casos son Campeche, Chiapas, Coahuila, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco y Yucatán.



En todos los casos registrados en Veracruz entre 2016 y 2021, la madre presentó infección por el virus Zika en el primer trimestre del embarazo.

No todos los menores con la afectación congénita sobreviven. De los diez menores con síndrome congénito asociado al virus Zika en el estado de Veracruz, siete sobreviven, mientras que tres fallecieron.

La enfermedad por el virus Zika es transmitida principalmente por la picadura de mosquitos del género *Aedes*, como ocurre con el dengue y la fiebre chikungunya. Los casos fueron confirmados por laboratorio, sumando 56 en el país entre 2016 y 2021.

Reportes de especialistas indican que la infección por el virus Zika durante el embarazo puede producir, además de microcefalia, otras malformaciones cerebrales graves y otros problemas de salud en los bebés afectados, lo que se describe como síndrome congénito asociado al virus Zika.



CHINA

NOTIFICARON UN CASO HUMANO DE
INFLUENZA AVIAR A(H3N8) EN HUNAN

30/05/2022

El Centro de Protección de la Salud (CHP) del Departamento de Salud de la Región Administrativa Especial de Hong Kong, recibió el 30 de mayo la notificación de un caso humano de influenza aviar A(H3N8) en la provincia de Hunan, y nuevamente instó a la población a mantener una estricta higiene personal, alimentaria y ambiental tanto localmente como durante los viajes.

Se trata de un niño de 5 años de edad, oriundo de la ciudad de Changsha, provincia de Hunan, que visitó un mercado de aves de corral vivas antes del comienzo de la enfermedad. Desarrolló síntomas el 9 de mayo y ya se ha recuperado.

Hasta el momento, las autoridades de China continental han reportado dos casos humanos de influenza aviar A(H3N8).

Todas las infecciones por nuevos virus de influenza A, incluido A(H3N8), son enfermedades de declaración obligatoria en Hong Kong.

Los viajeros a China continental u otras áreas afectadas deben evitar visitar mercados de aves de corral vivas o granjas. Deben estar alerta a la presencia de aves de corral cuando visiten a familiares y amigos. También deben evitar comprar aves de corral vivas o recién sacrificadas y evitar el contacto con aves de corral o sus excrementos. Deben observar estrictamente la higiene personal y de manos cuando visiten cualquier lugar con aves de corral vivas.

Los viajeros que regresen de las áreas afectadas deben consultar a un médico de inmediato si se presentan síntomas e informar de su historial de viajes para un diagnóstico y tratamiento oportunos de posibles enfermedades. Es fundamental informar al médico si han estado en contacto con aves de corral vivas durante el viaje, lo que puede implicar una posible exposición a ambientes contaminados. Esto permitirá al médico evaluar la posibilidad de influenza aviar y organizar las investigaciones necesarias y el tratamiento apropiado de manera oportuna.

Mientras estén vigentes medidas locales de vigilancia, prevención y control, el CHP permanecerá alerta y trabajará en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud y las autoridades sanitarias pertinentes para monitorear los últimos desarrollos.

El documento informa el segundo caso humano de influenza aviar A(H3N8) en Hunan, China, también informado en un niño. El primer caso humano se informó en un niño de 4 años en la provincia de Henan en abril de 2022.

La A(H3N8) es una cepa de la influenza aviar que, como su nombre indica, es un virus que se propaga de forma natural entre las poblaciones de aves, especialmente las aves acuáticas salvajes de todo el mundo.

Las aves de corral domésticas también pueden infectarse, así como otras especies de aves y animales. Se sabe que el A(H3N8) infecta a caballos, perros y focas, y también se conoce como influenza equina o influenza canina.

Se ha informado que el virus de la influenza A(H3N8) es la posible causa de la “gripe rusa” durante la temporada 1889-1890, como la última pandemia del siglo XIX.

Este segundo caso humano aproximadamente un mes después del primero indica que este subtipo del virus debe estar en circulación en las aves de corral; el informe menciona una visita a un mercado de aves vivas, por lo que aparentemente están ocurriendo eventos de transmisión entre aves y humanos.

Se trata de otro virus de la influenza aviar que intenta superar la barrera de especies, como se vio anteriormente con los subtipos de influenza aviar A(H5N1), A(H9N2) y A(H7N9), que han resultado en casos esporádicos y eventos de transmisión limitados en los últimos años. La vigilancia continua en esta interfaz crítica animal-humano es vital para la detección temprana de eventos similares para la respuesta y el control tempranos.

Un reciente [estudio](#) confirmó la presencia de hantavirus, arenavirus y ortopoxvirus en roedores de zonas agrarias de Castilla y León, en el noroeste de España.

Estos tres virus son considerados zoonóticos, es decir, causantes de enfermedades transmisibles a las personas. Los hantavirus son virus ARN transmitidos por roedores que pueden infectar a humanos mediante la inhalación de aerosoles procedentes de los excrementos de dichos roedores. Las variantes europeas causan fiebres hemorrágicas y síndrome nefrótico.



Los arenavirus son también virus ARN. La transmisión a humanos puede producirse a través del contacto con fluidos de roedores. En las personas infectadas ocasiona síntomas leves similares a los de la influenza, aunque en algunos casos puede derivar en cuadros clínicos más graves, causando meningitis. Por último, los ortopoxvirus son virus ADN que engloban varios tipos de virus de la viruela. En el ser humano, causan lesiones cutáneas que se manifiestan en forma de ulceraciones y ampollas en la piel. Pueden ser transmitidos directamente por contacto con animales infectados, principalmente roedores y gatos.

La investigación reveló que los tres virus están circulando en los pequeños mamíferos silvestres más abundantes de estos ecosistemas agrarios, incluyendo el topillo campesino (*Microtus arvalis*) y otras especies con las que coexiste, como son el ratón de campo (*Apodemus sylvaticus*), el ratón moruno (*Mus spretus*) y la musaraña gris (*Crocidura russula*).

Los investigadores encontraron infecciones por hantavirus exclusivamente en el topillo campesino, con 1,5% de positivos entre los topillos analizados. Se detectaron resultados positivos para arenavirus en 11,1% de las musarañas, 5,9% de los ratones de campo y 2,2% de los topillos campesinos. La infección por ortopoxvirus afectaba a casi la mitad de los ratones morunos (48%), pero también a 1,3% de los topillos.

Los resultados de este trabajo tienen una gran relevancia puesto que sugieren nuevos riesgos de transmisión de virus zoonóticos en la región. En concreto, es la primera vez que se detectan en España hantavirus y ortopoxvirus en roedores, principales reservorios y transmisores de estos virus.

De especial interés son los resultados encontrados en el topillo campesino, roedor en el que se detectaron los tres virus. En Castilla y León, este topillo es una especie que tiene fuertes cambios cíclicos en el tamaño de sus poblaciones, alcanzando altísimas densidades de hasta 1.000 individuos por hectárea durante los momentos de mayor densidad. Es en esos momentos cuando la cantidad de topillos infectados podría suponer un riesgo para la salud pública, como ya se sabe que ocurre con otras enfermedades como la tularemia, con brotes epidémicos cada 3-5 años simultáneos a los picos de densidad del topillo.

Por otra parte, la alta tasa de infección de roedores por ortopoxvirus (especialmente, en el ratón moruno) supone un dato a tener en cuenta, dado el riesgo potencial de transmisión de este tipo de virus al ser humano. En Europa, el riesgo de infección por ortopoxvirus es cada vez más preocupante, debido a la inexistencia de vacunación contra la viruela entre la población menor de 45 años. Por su parte, los casos de infección por algunos tipos de hantavirus se están convirtiendo en algo muy frecuente en gran parte del continente europeo, lo que ha elevado su preocupación como zoonosis emergente.

Los hallazgos de este trabajo pueden ayudar a mejorar las estrategias de vigilancia, diagnóstico y prevención de enfermedades emergentes en la región. No obstante, por tratarse de un primer análisis exploratorio, los resultados aún deben ser corroborados con estudios complementarios a mayor escala. De momento, lo que parece innegable es la presencia de estos virus en la fauna silvestre de los sistemas agrarios de Castilla y León.

El Servicio de Salud de Ghana (GHS) ha emitido una alerta por un brote de infecciones por el virus Hanz en el país.

El virus Hanz, también conocido como A(H3N2)v, es un virus de influenza no humano que normalmente circula en cerdos y que infecta a humanos. También se encuentra en aves. El A(H3N2)v se propaga más fácilmente a los humanos desde los cerdos que otros virus de influenza porcina y muta fácilmente. Los adultos suelen tener una inmunidad más fuerte que los niños.



El primer caso de la enfermedad se detectó entre jugadores del equipo de fútbol de Accra Hearts of Oak, dijo una carta fechada el 21 de mayo de 2022 y dirigida al presidente de la Asociación de Fútbol de Ghana (GFA). En consecuencia, el Servicio de Salud de Ghana ordenó a la GFA que suspenda todos los partidos de fútbol que involucren a Accra Hearts of Oak durante los próximos siete días. También solicitó a la GFA que se asegure de que todos los futbolistas y el personal de Accra Hearts of Oak que muestren síntomas de la enfermedad estén estrictamente aislados.

El virus Hanz se puede transmitir fácilmente a través de gotitas de personas infectadas al toser o estornudar. Los síntomas incluyen fiebre con tos y secreción nasal. Otros posibles síntomas son dolores corporales, náuseas, escalofríos, vómitos o diarrea.

A veces, el virus A(H3N2)v puede causar una enfermedad grave como la neumonía, que puede llevar a la hospitalización y, lo que es peor, a la muerte.

Actualmente hay un brote del virus Hanz, también conocido como A(H3N2)v, en Ghana. Al comienzo del brote, se rumoreaba que había otra ola de COVID-19 en el país, debido a los síntomas similares. Sin embargo, todos los pacientes que fueron enviados para su análisis dieron negativo. Esto hizo que el Servicio de Salud de Ghana realizara pruebas para otros virus respiratorios, que se confirmaron como virus Hanz. Este es un virus zoonótico y podría haber saltado de un animal a los humanos y propagarse a muchos otros, incluido el equipo de fútbol mencionado en el informe.

La educación pública es importante para controlar este virus. Es importante que las autoridades sanitarias continúen informando a los ghaneses sobre este virus para ayudar a evitar su propagación.

El Departamento de Salud del distrito de Cooch Behar, en Bengala Occidental, está enviando equipos especiales con trabajadores de la salud, así como trabajadores municipales y del gram panchayat (consejo de aldea), que están recorriendo la zona y tomando muestras de sangre a aquellas personas que presenten fiebre.

La razón de esto es que el tifus de los matorrales ha aumentado la preocupación en este distrito del norte de Bengala. Según el Departamento de Salud del distrito, hasta mayo de 2022, hubo cerca de 60 casos de tifus de los matorrales. Junto con la COVID-19 y la viruela símica, el tifus de los matorrales está aumentando la preocupación en Bengala. De repente, el número de casos de tifus de los matorrales en el distrito de Cooch Behar ha comenzado a aumentar. En los últimos meses, el número de casos en el distrito ha superado los 80. El Departamento de Salud del distrito se ha apresurado a hacer frente a la situación.

Los funcionarios del Departamento de Salud tienen la esperanza de que se encuentren casos de tifus de los matorrales y que la prevalencia de la enfermedad se pueda prevenir solo si el público es consciente.

Según el Departamento de Salud del distrito, en el año 2021, el número de casos de tifus de los matorrales fue de cuatro. En los primeros cinco meses de este año, la cifra de casos se ha multiplicado por 20, por lo que los funcionarios de salud del distrito dicen que se harán más pruebas.

Cooch Behar es una ciudad (con una población de casi 78.000 habitantes en 2011) en el estado indio de Bengala Occidental y es la sede del distrito de Cooch Behar (alrededor de 2,8 millones de habitantes en 2011), en las estribaciones del Himalaya Oriental.

El tifus de los matorrales es causado por *Orientia tsutsugamushi*, un microorganismo similar a las rickettsias que es transmitido por las niguas, la etapa larvaria de los ácaros trombiculidos, que se alimentan de las células de la piel de los animales, incluidos los humanos y los roedores. Después de alimentarse de sus anfitriones, las niguas caen al suelo y se convierten en ninfas, que luego maduran hasta convertirse en adultos que se alimentan solo de materiales vegetales. Los seres humanos se infectan cuando invaden accidentalmente un área donde está ocurriendo el ciclo de infección de niguas y roedores, con mayor frecuencia áreas de matorrales bajos o vegetación de transición.

Los roedores pueden servir como reservorios, aunque la transmisión transovárica en los ácaros es el mecanismo dominante para el mantenimiento de *O. tsutsugamushi* en la naturaleza.

Las regiones endémicas para el tifus de los matorrales se extienden desde Japón y el este de Rusia hacia el sur hasta Australia y el Subcontinente Indio, y hacia el oeste hasta Pakistán y Afganistán.

El tifus de los matorrales se presenta clínicamente con escalofríos, fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y, a veces, con una erupción macular o maculopapular y escara en el sitio de la picadura de nigua; se observa linfadenopatía regional en el sitio de la picadura, y puede observarse una linfadenopatía generalizada.

Aparte de la lesión necrótica de la piel en el sitio de la inoculación del ácaro (la escara), el tifus de los matorrales no tiene características clínicas distintivas para hacer un diagnóstico clínico preciso y se ha informado que la presencia de una escara en los pacientes varía ampliamente. La confirmación del diagnóstico requiere pruebas de laboratorio, pero en el informe de noticias anterior no se nos dice cómo se hizo el diagnóstico en estos pacientes de Bengala Occidental. La prueba de Weil-Felix se usa comúnmente para hacer el diagnóstico de infecciones por rickettsiosis, incluido el tifus de los matorrales, en áreas con recursos limitados donde no se dispone de métodos de diagnóstico más actuales. Esta prueba ha sido reemplazada en gran medida por su baja sensibilidad y especificidad con nuevas técnicas serológicas. Por ejemplo, se han observado resultados falsos positivos en 54% de los voluntarios sanos y en 62% de los pacientes con fiebre sin rickettsiosis con la prueba de Weil-Felix. Sería importante contar con una prueba diagnóstica precisa, disponible y asequible en el punto de atención para el tifus de los matorrales para evitar una terapia antibiótica innecesaria o inapropiada.

El tifus de los matorrales se trata eficazmente con doxiciclina tanto en adultos como en niños, y el tratamiento debe comenzar inmediatamente ante la sospecha de la enfermedad sin esperar los resultados de confirmación de laboratorio.

Entre el 1 de enero y el 22 de mayo de 2022, las autoridades sanitarias iraquíes notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 212 casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC), de los cuales 169 (80%) se notificaron solo en abril y mayo. De los 212 casos, 115 fueron sospechosos y 97 confirmados por laboratorio. Se registraron 27 muertes en general, de las cuales 13 fueron en casos confirmados por laboratorio (tasa de letalidad de 13%).

El Laboratorio Central de Salud Pública de Irak confirmó los casos mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Entre los casos confirmados, la mayoría tuvo contacto directo con animales y eran ganaderos o carniceros. Poco más de la mitad de los casos confirmados tenían entre 15 y 44 años (n=52; 54%) y del género masculino (n=60; 62%).

Casi 50% de los casos confirmados (n=47; 48%) se notificaron en la gobernación de Thiqr, en el sureste de Irak, y el resto de los casos se notificaron en 12 gobernaciones diferentes; Misan (13), Muthanna (7), Wassit (6), Diwaniya (4), Bagdad Karkh (4), Kirkuk (3), Basora (3), Nayaf (3), Nínive (3), Bagdad-Rusafa (2), Babilonia (1) y Karbala (1).

Respuesta de salud pública

Las autoridades sanitarias llevaron a cabo la siguiente respuesta multidisciplinaria al brote:

- Se desplegó un equipo de investigación epidemiológica en la gobernación de Thiqr. Los equipos estaban compuestos por becarios del Programa de Capacitación en Epidemiología de Campo de Irak y personal de la sección de Control de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud. El equipo de epidemiología llevó a cabo una investigación del brote, que incluyó una visita casa por casa de los casos notificados y el rastreo de contactos. También realizó una investigación entomológica de vectores de enfermedades, que incluyó la recolección y clasificación de garrapatas de cada sitio donde se informaron casos sospechosos.
- El equipo de control de vectores del Ministerio de Salud roció acaricidas en interiores y exteriores en las áreas afectadas y el hospital veterinario trató a los animales domésticos con acaricidas en las áreas afectadas.
- Los equipos del Ministerio de Salud y el Ministerio de Agricultura imprimieron materiales de información, educación y comunicación que describían las medidas de prevención y control de la FHCC. Compartieron los materiales con los contactos del caso y la comunidad local, especialmente los carniceros y los propietarios de establos de animales.

La OMS está colaborando con el Ministerio de Salud en la disponibilidad de kits de diagnóstico y secuenciación genómica. Además, la OMS y las autoridades sanitarias iraquíes están celebrando teleconferencias periódicas para evaluar y proporcionar orientación para la respuesta al brote.

Evaluación de riesgos de la OMS

La gobernación de Thiqr se divide en áreas rurales (42% de la gobernación) y urbanas (58%), donde la ganadería de ovejas, cabras, vacas, camellos y búfalos es una importante fuente de sustento, especialmente para la población rural. La agricultura de subsistencia es común en las aldeas donde los establos de animales están ubicados cerca de las casas y todos los miembros de la familia cuidan de los animales domésticos. En estos entornos, la FHCC puede transmitirse de los animales domésticos a los humanos.

Existe un mayor riesgo de una mayor propagación de FHCC dentro de Irak debido a la próxima festividad religiosa, Eid al-Adha en julio, porque se sacrificarán más camellos, vacas y ovejas durante ese período. Además, no se puede descartar la transmisión transfronteriza internacional dado el aumento del movimiento de población y la posible exportación de animales asociada con la festividad. Durante el Ramadán, que tuvo lugar en marzo y abril de 2022, el número de casos de FHCC aumentó constantemente y la propagación geográfica de la enfermedad se expandió a más provincias.

Consejo de la OMS

La OMS continúa enfatizando la importancia de mantener una fuerte vigilancia de la FHCC, como así también la capacidad de diagnóstico y las actividades de respuesta a brotes por parte de todos los Estados Miembros.

La OMS también recomienda reducir el riesgo de transmisión de garrapatas a humanos, de animales a humanos y de humanos a humanos:

- haciendo cumplir las medidas preventivas pertinentes durante los procedimientos de sacrificio y destazado;
- poniendo en cuarentena a los animales antes de que ingresen a los mataderos o tratando rutinariamente a los animales con pesticidas dos semanas antes de sacrificarlos; y
- garantizando que los trabajadores de la salud implementen medidas de control de prevención de infecciones cuando atiendan casos de FHCC u otros casos que se presenten con fiebre hemorrágica.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes y el comercio con Irak según la información actualmente disponible.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) es una enfermedad viral transmitida por garrapatas que se transmite a los humanos por la picadura de garrapatas infectadas y por contacto directo con sangre o tejidos de humanos y ganado infectados. La enfermedad es endémica en África, los Balcanes, Medio Oriente y los países asiáticos al sur del paralelo 50 norte, el límite geográfico de la garrapata vector principal.

Irak es uno de los países del este del Mediterráneo donde la FHCC es endémica. Ha sido reportada en Irak desde 1979, cuando se la diagnosticó por primera vez en diez pacientes. Desde entonces, se reportaron seis casos entre 1989 y 2009; 11 casos en 2010; se informaron tres casos fatales en 2018; y más recientemente se informaron 33 casos confirmados, incluidas 13 muertes (tasa de letalidad de 39%) en 2021.

La cría de ovejas y ganado es muy común en Irak. Los estudios han demostrado que estos animales están infestados regularmente por especies de garrapatas, principalmente especies de *Hyalomma*, el principal vector de la FHCC.

Los casos humanos de FHCC se tratan principalmente con cuidados generales de apoyo. El fármaco antiviral ribavirina, tanto en formulaciones orales como intravenosas, se ha utilizado para tratar la infección por FHCC. Sin embargo, no existe evidencia de ensayos clínicos aleatorizados que haya demostrado la eficacia de la ribavirina para su tratamiento. Actualmente no se dispone de una vacuna para humanos ni para animales.

Mozambique declaró el 23 de mayo un brote de cólera en la provincia central de Zambezia, sin que se registraran muertes, confirmó un funcionario.

El último registro de cólera en la provincia data de 2019. “Desde que comenzó el brote de diarrea aguda en la ciudad de Quelimane, hemos tenido un acumulado de 47 pacientes hospitalizados”, dijo el director de servicios de salud de la provincia, Óscar Haward.

En abril, la provincia vecina de Sofala registró 30 casos de cólera.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cólera es una infección diarreica aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados con la bacteria *Vibrio cholerae*. Sigue siendo una amenaza mundial para la salud pública y un indicador de inequidad y falta de desarrollo social.

Los ciclones pueden haber contaminado los alimentos y el agua en Mozambique. Desde principios de este año, el país del sur de África –junto con sus vecinos– ha sido azotado por cinco ciclones y la situación ha dejado a la población necesitada de ayuda humanitaria a gran escala.

Mozambique es uno de los países más pobres del mundo con la mayoría de su población viviendo con menos de un dólar por día, y ocupa el puesto 181 en el índice de desarrollo humano de la Organización de Naciones Unidas de 189 países.

La semana pasada, Mozambique también declaró un brote de infecciones por poliovirus salvaje después de confirmar que un niño en la provincia de Tete, al noreste del país, había contraído la enfermedad.

Según la Oficina Regional de la OMS para África, este fue el segundo caso importado de poliovirus salvaje en el sur de África este año, luego de un brote en Malawi a mediados de febrero. El único caso hasta ahora fue el primero del país desde 1992.

El niño infectado comenzó a experimentar el inicio de la parálisis a fines de marzo.

El análisis de secuenciación genómica indica que el caso recién confirmado está relacionado con una cepa que había estado circulando en Pakistán en 2019, similar al caso informado en Malawi a principios de este año, dijo la OMS.

La poliomielitis se transmite principalmente a través del agua y los alimentos contaminados, o por contacto con una persona infectada. El virus puede causar parálisis, que a veces es fatal.

África fue declarada libre de poliomielitis salvaje autóctona en agosto de 2020 después de eliminar todas las formas de poliomielitis salvaje de la región.

Mozambique llevó a cabo recientemente dos campañas de vacunación masiva, en respuesta al brote de Malawi, en las que 4,2 millones de niños fueron vacunados contra la enfermedad.

El Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles de Sudáfrica (NICD) informó tres nuevos casos confirmados de rabia humana en el último mes, lo que eleva a siete el total en el país hasta la fecha.

Los últimos casos se notificaron en Limpopo (2 casos) y Eastern Cape (1 caso). Además, dos muertes en Eastern Cape fueron informadas como casos probables de rabia; sin embargo, esto no pudo ser confirmado mediante pruebas de laboratorio.

Los siete casos confirmados hasta el 20 de mayo corresponden a Eastern Cape (3 casos), Limpopo (3) y KwaZulu-Natal (1).

Además de los casos confirmados, este año se registran cuatro casos probables de rabia humana en Eastern Cape.

Los cinco casos de rabia informados aquí para el período del 21 de abril al 20 de mayo de 2022 involucraron a niños de 2 a 14 años. En cuatro de estos casos se informaron antecedentes de mordeduras de perros. Para un caso, el historial de exposición sigue sin estar claro.

En tres de los casos no se buscó ni proporcionó profilaxis posterior a la exposición a la rabia y en los dos casos restantes se administró vacunación sin inmunoglobulina antirrábica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha validado que Togo ha eliminado el tracoma como problema de salud pública, lo que lo convierte en el tercer país de la Región Africana de la OMS después de Ghana (junio de 2018) y Gambia (abril de 2021) en lograr este importante hito.

Al entregar la carta de reconocimiento durante una ceremonia celebrada el 28 de mayo en Ginebra, al margen de la 75ª Asamblea Mundial de la Salud, el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, felicitó al Profesor Moustafa Mijiyawa, Ministro de Salud, Higiene Pública y Acceso Universal a la Atención, sobre este importante logro. La Dra. Matshidiso Moeti, Director Regional de la OMS para África y el Dr. Ren Minghui, Subdirector General de la OMS para Cobertura Universal de Salud/Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles, también asistieron al evento.



Las actividades de control del tracoma comenzaron en Togo en 1989 con el establecimiento del Programa Nacional de Prevención de la Ceguera (PNLC) por parte del Ministerio de Salud, Higiene Pública y Acceso Universal a la Atención. En 2009, se integró a las actividades del Programa Nacional de Enfermedades Tropicales Desatendidas (PNMTN). El tracoma se encontraba entre las enfermedades tropicales desatendidas prioritarias seleccionadas para el programa nacional, y las actividades de control incluyeron la detección y el tratamiento de la triquiasis tracomatosa, que es la complicación del tracoma en su etapa tardía. El programa nacional capacitó a agentes comunitarios de salud para identificar casos sospechosos de triquiasis tracomatosa durante la administración masiva e integrada de medicamentos puerta a puerta para oncocercosis, esquistosomosis y geohelmintosis. Los casos sospechosos de triquiasis tracomatosa fueron luego examinados por enfermeras oftálmicas y los confirmados posteriormente fueron manejados mediante corrección quirúrgica. Además, también se manejaron todos los casos de triquiasis tracomatosa identificados durante las actividades de extensión para el cuidado de los ojos y en aquellas personas que acudieron a los servicios de atención oftalmológica de rutina.

El Ministerio de Salud, Higiene Pública y Acceso Universal a la Atención también realizó campañas de sensibilización sobre la importancia de la limpieza facial y la higiene personal en la lucha contra el tracoma. También hubo mejoras significativas en la disponibilidad de agua potable y el acceso a saneamiento mejorado.

Se realizaron varias encuestas de tracoma basadas en la población entre 2006 y 2017. La encuesta realizada en 2017, utilizando la metodología recomendada por la OMS, encontró que la prevalencia de indicadores clave estaba por debajo de los umbrales definidos por la OMS. Además, Togo ha demostrado que su sistema de salud tiene la capacidad de identificar y gestionar nuevos casos de triquiasis tracomatosa.

Togo y la OMS continuarán monitoreando de cerca las poblaciones previamente endémicas para garantizar que haya una respuesta rápida y proporcionada a cualquier resurgimiento de la enfermedad.

A nivel mundial, Togo se une a otros 12 países que han sido validados por la OMS por haber eliminado el tracoma como problema de salud pública. Estos países son: Arabia Saudí, Camboya, China, Gambia, Ghana, Irán, Laos, Marruecos, México, Myanmar, Nepal y Omán.

Togo tiene un notable historial de éxito y es el único país reconocido por la OMS por haber ganado su lucha contra cuatro enfermedades tropicales desatendidas: anteriormente logró el estado libre de transmisión de dracunculosis en 2011. En 2017 se convirtió en el primer país del África Subsahariana en eliminar la filariasis linfática como un problema de salud pública y, en 2020, se convirtió en el primer país africano en lograr el mismo estatus con respecto a la tripanosomosis africana humana (enfermedad del sueño).

Prevalencia de la enfermedad

A nivel mundial, el tracoma sigue siendo un problema de salud pública en 43 países, con un estimado de 136 millones de personas que viven en áreas endémicas de la enfermedad. El tracoma se encuentra principalmente en las zonas más pobres y rurales de África, América Central y del Sur, Asia, Australia y Medio Oriente. La Región de África se ve afectada de manera desproporcionada por el tracoma, con 116 millones de personas viviendo en áreas de riesgo. Esto equivale a alrededor de 85% de la carga mundial de tracoma.

Se ha logrado un progreso significativo en los últimos años y la cantidad de personas que requieren tratamiento con antibióticos para la infección por tracoma en la Región de África se redujo en 73 millones, de 189 millones en 2014 a 116 millones en junio de 2021.

Tras el éxito de Togo, el tracoma sigue siendo endémico en 26 países de la Región de África de la OMS, lo que permite acercar cada vez más el objetivo de eliminación del tracoma establecido en la hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas para 2030.

La enfermedad

El tracoma es la principal causa infecciosa de ceguera y es causado por la infección con la bacteria *Chlamydia trachomatis*. La infección se propaga de persona a persona a través de dedos contaminados, fómites y moscas que han entrado en contacto con secreciones de los ojos o la nariz de una persona infectada. Los factores de riesgo ambientales para la transmisión del tracoma incluyen higiene deficiente, hogares superpoblados, acceso inadecuado al agua y acceso o uso incorrecto de instalaciones sanitarias adecuadas.

El tracoma es una enfermedad endémica que afecta principalmente a las comunidades rurales remotas desatendidas. La infección afecta principalmente a los niños, y se vuelve menos común con el aumento de la edad. Las infecciones repetidas en la primera infancia dan como resultado complicaciones tardías años o décadas más tarde. En los adultos, las mujeres tienen hasta cuatro veces más probabilidades que los hombres de verse afectadas por las complicaciones del tracoma que causan ceguera, principalmente debido a su estrecho contacto con niños infectados.

Las infecciones repetidas en la infancia provocan cicatrices en la parte interna de los párpados superiores. En algunas personas, esto lleva a que una o más pestañas en los párpados superiores toquen el ojo, una condición debilitante conocida como triquiasis tracomatosa, que causa un dolor extremo con cada parpadeo. La triquiasis tracomatosa se puede manejar qui-

rúrgicamente, pero, si no se trata, puede provocar cicatrices en la córnea que provoquen discapacidad visual y ceguera. El tracoma se puede eliminar utilizando la estrategia SAFE de la OMS.

GET2020

En 1996, la OMS lanzó la Alianza de la OMS para la Eliminación Mundial del Tracoma para el año 2020 (GET2020). Junto con sus socios en la Alianza, la OMS apoya la implementación de la estrategia SAFE en los países y el fortalecimiento de la capacidad nacional a través de la evaluación epidemiológica, el seguimiento, la vigilancia, la evaluación de proyectos y la movilización de recursos, contribuyendo a la eliminación del tracoma como problema de salud pública. La hoja de ruta de las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2020 a través de la decisión 73 (33), establece 2030 como la nueva fecha objetivo para la eliminación global.

La eliminación del tracoma como problema de salud pública se define como: (i) una prevalencia de triquiasis tracomatosa “desconocida para el sistema de salud” de menos de 0,2% en adultos de 15 años o más (aproximadamente un caso cada 1.000 habitantes de la población total), y (ii) una prevalencia de inflamación tracomatosa folicular en niños de 1 a 9 años de menos de 5%, sostenida durante al menos dos años en ausencia de un tratamiento masivo continuo con antibióticos, en cada distrito anteriormente endémico; más (iii) la existencia de un sistema capaz de identificar y manejar casos incidentes de triquiasis tracomatosa, utilizando estrategias definidas, con evidencia de recursos financieros apropiados para implementar esas estrategias.

La estrategia SAFE consiste en cirugía (*Surgery*) para tratar la complicación tardía (triquiasis tracomatosa); antibióticos (*Antibiotics*) para eliminar la infección, en particular la administración masiva de medicamentos del antibiótico azitromicina, que es donado por el fabricante, Pfizer, a programas de eliminación, a través de la Iniciativa Internacional contra el Tracoma; limpieza facial (*Facial cleanliness*); y mejora ambiental (*Environmental improvement*), en particular mejorando el acceso al agua y al saneamiento para reducir la transmisión.

El uso de una dosis de doxiciclina tras una relación sexual sin protección permitió prevenir un porcentaje significativo de infecciones de transmisión sexual (ITS) de origen bacteriano (gonorrea, clamidiosis o sífilis), según los [resultados preliminares de un ensayo clínico](#) en el que participaban hombres que practican sexo con hombres (HSH) y mujeres trans con el VIH o que tomaban profilaxis preexposición (PrEP) frente al VIH. La elevada eficacia observada por dicha intervención llevó al cierre del estudio antes de tiempo.

El objetivo del estudio era determinar si el uso de la doxiciclina como profilaxis postexposición permitía reducir el riesgo de adquirir ITS de tipo bacteriano, como la gonorrea, la clamidiosis o la sífilis. El estudio también pretendía analizar la seguridad de la PEP con doxiciclina y el impacto que esta intervención podría tener sobre las bacterias, no solo las responsables de las ITS, sino también de las que de forma natural habitan en el cuerpo humano.

El ensayo clínico se llevó a cabo en clínicas de las ciudades de San Francisco y Seattle (Estados Unidos) y contó con la participación de HSH y mujeres trans con el VIH o que tomaban PrEP contra el VIH. Entre los criterios de inscripción se tuvo en cuenta que las personas hubieran tenido gonorrea, clamidiosis o sífilis en el año anterior. El estudio, de diseño abierto, asignó a las personas inscritas para recibir doxiciclina o no (brazo de control) de forma aleatoria. Idealmente, el antibiótico se tendría que administrar en las primeras 24 horas tras un encuentro sexual sin protección (oral o anal), y no más allá de las 72 horas. Los participantes tomaron 200 mg de doxiciclina como máximo por cada período de 24 horas, independientemente del número de relaciones sexuales registradas en dicho periodo de tiempo.

El ensayo se diseñó de manera que, si la intervención resultaba lo suficientemente eficaz, se podría interrumpir de forma anticipada, como así sucedió. Los datos procedentes de los 554 participantes evidenciaron que las personas asignados de forma aleatoria al brazo de doxiciclina presentaron un número sustancialmente menor de ITS que las que no recibieron doxiciclina. Esta reducción del número de ITS se observó tanto entre las personas que tomaban la PrEP frente al VIH como las que ya tenía esta infección. El uso de doxiciclina, en general, resultó seguro y fue bien tolerada.

Sobre estos hallazgos, el equipo de investigadores declaró que el uso de doxiciclina como PEP podría equipararse a la PrEP contra el VIH, en el sentido en que no sería una intervención general, sino que constituiría una estrategia eficaz para determinadas personas en situación de mayor vulnerabilidad. También apuntaron que las futuras recomendaciones sobre el uso de la doxiciclina como estrategia de prevención de ITS tendrán que tener en cuenta las distintas tasas de eficacia en las diferentes poblaciones, así como la posible presencia de cepas con resistencia a este fármaco. A pesar de que la doxiciclina es un fármaco aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos, el uso preventivo de doxiciclina tras un contacto sexual aún no lo está, aunque los resultados de este estudio podrían inclinar la balanza a su favor.

Aún se debe determinar si el uso intermitente de doxiciclina puede provocar un aumento de la resistencia a los antibióticos en las bacterias que causan las ITS o que viven de forma natu-

ral en el cuerpo, y si esta intervención puede desembocar en cambios negativos en la flora intestinal.

Se prevé que a fines de julio se presentarán datos actualizados sobre la eficacia y la adherencia de los aproximadamente 630 participantes que se inscribieron cuando se cerró el estudio, además de datos sobre la resistencia a los antibióticos.

El Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC) informó que se han notificado un total de 557 casos en todo el mundo desde que comenzó el brote, de ellos 338 en la última semana, 119 más que la semana anterior. En los países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) serían ya 321 casos en 17 Estados miembros.

Así, desde la última actualización el 25 de mayo hasta el 31 de mayo, se han notificado 202 casos confirmados de viruela símica en los Estados miembros de la UE/EEE: España (69), Portugal (59), Países Bajos (20), Alemania (16), Francia (12), Italia (9), Bélgica (6), República Checa (4), Irlanda (2), Suecia (2), Finlandia (1), Malta (1) y Eslovenia (1).

Mientras, en las mismas fechas, se han notificado 136 casos confirmados fuera de la UE/EEE. Concretamente, se han notificado casos del Reino Unido (108), Canadá (11), Estados Unidos (7), Emiratos Árabes Unidos (3), Argentina (2), Suiza (2), Israel (1) y Tailandia (1). En los casos notificados desde fuera de la UE/EEE, el ECDC advierte de que se recopilan mediante la selección de sitios web oficiales y fuentes de medios.

Y desde el 14 de mayo de 2022, cuando la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) notificó los primeros casos, en la UE/EEE se han notificado 321: España (120), Portugal (96), Países Bajos (26), Alemania (21), Francia (17), Italia (14), Bélgica (10), República Checa (5), Suecia (3), Dinamarca (2), Eslovenia (2), Irlanda (2), Austria (1), Finlandia (1) y Malta (1).

Mientras, fuera de la UE/EEE, así como en las Américas, Australia y Asia, se notificaron 236 casos: Reino Unido (179), Canadá (26), Estados Unidos (15), Emiratos Árabes Unidos (4), Suiza (4), Argentina (2), Australia (2), Israel (2), México (1) y Tailandia (1).

Múltiples países han informado casos que parecen estar relacionados con eventos que tienen lugar en España (Madrid y las Islas Canarias) y Bélgica (Antwerpen). Mientras la mayoría de los casos fuera del Reino Unido, Canadá y Estados Unidos están relacionados con viajes. Sin embargo, muchos países también reportan casos sin nexo epidemiológico conocido por viajes al exterior, contacto con otros casos, animales o asistencia a eventos específicos.


En la mayoría de los casos se trata de hombres jóvenes, que se autoidentifican a sí mismos como hombres que tienen sexo con hombres (HSH). No ha habido muertes. La presentación clínica generalmente se describe como leve, y la mayoría de los casos presentan lesiones en los genitales o el área perigenital, lo que indica que la transmisión probablemente ocurrió por contacto físico cercano durante las actividades sexuales.

El ECDC ofrece apoyo de laboratorio a los Estados miembros y colabora con las partes interesadas en actividades de comunicación de riesgos, como mensajes dirigidos al público en general y a las comunidades de HSH, y brinda orientación a los países que organizan eventos en el verano. El ECDC también brinda orientación sobre el almacenamiento y transporte de muestras clínicas, la gestión de casos y contactos y el rastreo de contactos, la orientación sobre medidas de prevención y control de infecciones, la limpieza y desinfección en entornos de atención médica y hogares, y los enfoques de vacunación.









Prevención...

SIGNS AND SYMPTOMS OF

CRIMEAN-CONGO HAEMORRHAGIC FEVER


THE REPUBLIC OF UGANDA
MINISTRY OF HEALTH

CCHF is a viral disease transmitted to humans mainly by tick bites or through contact with infected animal blood during slaughter.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Muscle and back Pain  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> General Body Weakness  </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Neck pain and stiffness  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Bleeding from any body openings  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Headache  </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Vomiting & Diarrhoea  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Abdominal pain  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Sore eyes & sensitivity to light  </div>
--	---	---

#ichooseprevention
#ourhealth
For more information call our **(Toll free line)**
0800 100 066

Ministry of Health (Uganda.).

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.