

ARGENTINA

- Primeros casos en el país de infección por *Candida auris* en una institución de salud

AMÉRICA

- Bolivia: El brote de rabia canina en Sucre es el peor de los últimos 11 años
- Ecuador: Alerta por intoxicación masiva con bebidas contaminadas con alcohol metílico
- Haití: La población se une para hacer frente a la crisis del cólera

- Jamaica: Brote de infecciones por *Klebsiella pneumoniae* en la principal maternidad del país

- México: Se dispararon los casos de varicela en Yucatán

EL MUNDO

- España: Murcia es la primera zona del mundo en eliminar la transmisión congénita de la enfermedad de Chagas

- España: En 2022 se duplicaron los casos de shigelosis

- India: Importante aumento en los casos de influenza

- Kenya: El país enfrenta desde 2020 una epidemia de leishmaniosis visceral

- Pakistán: Regresa la lepra a las áreas montañosas de Khyber Pakhtunkhwa

- Türkiye: Caso humano de carbunco cutáneo en Elazığ

- Vietnam: Se superan los 270.000 casos de dengue en lo que va del año

- Situación epidemiológica de la viruela símica

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Patrocinadores

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

CSL Seqirus
WWW.SEQIRUS.COM.AR

Adherentes



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

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

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

El día 28 de octubre de 2022, el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS) informó a la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de Argentina sobre dos aislamientos de *Candida auris*, provenientes de muestras clínicas de dos pacientes tratados en una clínica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Las mismas fueron identificadas en un laboratorio privado también de la CABA por la técnica de ionización/desorción por láser asistida por matriz con tiempo de vuelo (MALDI-TOF) y derivadas al Laboratorio Nacional de Referencia en Micología Clínica (LNRM) del INEI el mismo 28 de octubre.

Ante esta situación, se procedió a informar a la Gerencia Operativa de Epidemiología del Ministerio de Salud de la CABA y se realizó una reunión conjunta entre las autoridades y personal de la clínica, equipos técnicos de la CABA y del Ministerio de Salud de la Nación. Paralelamente, el LNRM del INEI recibió las muestras procedentes del laboratorio que realizó el primer diagnóstico y confirmó la identificación de *C. auris* también por MALDI-TOF. Al momento, se encuentran en proceso técnicas moleculares para caracterizar el patógeno y pruebas de sensibilidad *in vitro* con el método de referencia.

Uno de los aislados proviene de un paciente internado desde el 2 de octubre en la unidad de cuidados intensivos de una clínica de CABA. El mismo fue derivado de una clínica del exterior del país, trasladado en un vuelo sanitario y, actualmente, permanece internado. El 18 de octubre se le realizó un urocultivo con aislamiento de *Candida* sp., que el 28 de octubre fue identificado como *Candida auris* por técnica de MALDI-TOF en un laboratorio privado.

El otro aislado es de un paciente que presentó una fístula de drenaje posquirúrgica y es tratado de forma ambulatoria en la misma clínica. A éste paciente, el 13 de octubre se le realizó un cultivo de líquido peritoneal donde se aisló una levadura también identificada como *C. auris* el día 28 de octubre.

Ambos pacientes no compartieron el mismo ámbito en el mismo momento durante su estadía en la clínica y la investigación epidemiológica continúa en proceso.

El presente constituye el primer brote de *C. auris* en una institución de salud registrado en Argentina.

Con base en la información disponible hasta el momento, los equipos del Ministerio de Salud de la Nación y del Ministerio de Salud de la CABA elaboraron recomendaciones para la investigación y control de la situación en el ámbito institucional de ocurrencia.

Notificación

Las infecciones por *C. auris* constituyen eventos de notificación obligatoria en los términos de la ley 15465.

Todo caso sospechoso, confirmado o de portadores sin síntomas aparentes o de colonización debe ser notificado en forma nominal, completa e inmediata al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}), incluyendo variables clínicas, epidemiológicas y de laboratorio, de acuerdo con las siguientes definiciones de caso:

- **Caso sospechoso:** toda persona con sintomatología compatible refractario al tratamiento antifúngico, que presenta un cultivo positivo a partir de muestras de sitio estériles o no estériles para una levadura identificada como *Candida auris*, *C. haemulonii*, *C. haemulonii* var. *vulnera*, *C. duobushaemulonii*, *C. pseudohaemulonii* o *Candida vulturna* por los métodos convencionales para identificación de levadura (VITEK, PHOENIX, API 20C, ID 32C, CHROMagar plus).
- **Caso confirmado:** toda persona con sintomatología compatible, que presenta un cultivo positivo a partir de muestras de sitio estériles o no estériles para una levadura identificada como *C. auris* por la técnica de MALDI-TOF y/o secuenciación de ADN y/u otras técnicas que permitan su correcta identificación.
- **Portador sin síntoma aparente o colonización:** persona que presenta un cultivo positivo a partir de muestras de sitio no estériles para una levadura identificada como *C. auris* por la técnica de MALDI-TOF y/o secuenciación de ADN y/u otras técnicas que permitan su correcta identificación. La persona no presenta síntomas.

Candida auris es un patógeno emergente que fue aislado y descrito por primera vez en 2009. En 2011 se describió el primer caso de fungemia causado por esta especie y en 2012 se notificó el primer brote hospitalario de *C. auris* en la Región de las Américas. Desde el primer caso en 2009, *C. auris* ha sido reportada como agente causal de infecciones invasoras en humanos en al menos 47 países.

La emergencia de esta levadura se debe a su facilidad para persistir y causar brotes en el ámbito hospitalario, así como a la escasa eficacia de los antifúngicos para controlar la infección. La mortalidad reportada en fungemia por *C. auris* varía entre 30-72%. Puede colonizar el cuerpo humano y puede persistir en el ambiente hospitalario por semanas; además, algunos desinfectantes de uso común no son efectivos contra esta especie.

La mayoría de los aislados de *C. auris* son considerados resistentes a una clase de antifúngicos. En Estados Unidos, 90% de los aislados de *C. auris* son resistentes a fluconazol, 30% son resistentes a la anfotericina B y menos de 5% son resistentes a las equinocandinas. Un alto porcentaje de aislados presentan resistencia a dos clases de antifúngicos (multirresistencia) y algunos pocos aislados muestran resistencia a las tres clases de antifúngicos existentes (panresistencia).

C. auris se transmite por contacto con ambientes contaminados o con personas colonizadas. Los factores de riesgo de contraer la infección son los mismos que para otras especies de *Candida*, que incluyen diabetes mellitus, pacientes internados, cirugía previa, tratamiento previo con antibióticos de amplio espectro o con antifúngicos, presencia de catéter venoso central, cirugía previa, catéteres, sondas, alimentación parenteral, larga estadía en hospitales, quimioterapia, cáncer, estado de inmunosupresión, neutropenia, entre otras. La colonización con *C. auris* también representa un factor de riesgo.

Figuran entre los antecedentes epidemiológicos el contacto con superficies, fómites o personas (colonizadas o infectadas) con *C. auris*.

Los signos y síntomas, según presentación clínica): Infección sistémica o invasora: Candidemia: fiebre, hipotensión, oliguria y confusión. Sepsis o shock séptico. La fiebre no responde al tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Candidiasis diseminada: en general en pacientes inmunocomprometidos. Candidemia con focos de infección en distintos órganos vitales. Los síntomas pueden variar según el órgano afectado. Infecciones localizadas: las infecciones localizadas por *C. auris* más frecuentemente reportadas son: en heridas y otitis externa; y menos frecuente infección urinaria y pulmonar. Los síntomas varían de acuerdo al sitio de infección y el estado inmunológico del paciente.

Con un caso más de rabia canina confirmado el 28 de octubre, Chuquisaca afronta el peor brote de esta enfermedad de los últimos 11 años. Tras la emisión de una alerta naranja por amenaza biológica, brigadas de salud vacunan y esterilizan a las mascotas de diferentes distritos.



Un nuevo caso de rabia canina se confirmó el 28 de octubre en el municipio de Sucre, con lo que la cifra total de canes que padecieron el mal mortal se eleva a 11 en lo que va del año.

El jefe departamental de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud (SEDES), Hernán César Ríos Escalier, informó que la enfermedad fue detectada en un can mayor de un año de la zona de La Barranca, en el Distrito 6. Se trata del primer caso reportado en ese distrito, pues la mayoría antes del 28 de octubre se concentraba en los distritos 3 y 2.

Al resaltar que el can no contaba con la vacuna antirrábica, detalló que a partir de la confirmación del contagio se realiza, al igual que en casos anteriores, una investigación epidemiológica para encontrar a las personas que tuvieron contacto directo o indirecto con el animal, con la finalidad de seguir el tratamiento para prevenir la rabia humana.

Con este nuevo caso, Sucre suma 11 en lo que va del año, con lo que ya se supera las cifras registradas en las últimas 11 gestiones. La última vez que se reportaron tantos positivos a la rabia canina fue 2011, cuando Sucre cerró 27 casos de rabia canina y tres de rabia humana.

Entre 2012 y 2016 los casos no pasaron de uno; en 2017 se registraron siete casos en canes, uno en gato y uno en humano; entre 2018 y 2021 los casos animales fueron dos o menos.

El 18 de octubre, el Comité Municipal de Reducción de Riesgos y Atención de Desastres emitió una alerta naranja que permitirá hacer uso de 5.800 dólares en un plan de contingencia que ya está en marcha.

Desde hace dos semanas se desarrollan campañas de vacunación por distrito y esta semana también se realizó la esterilización de 32 perros y gatos de la zona Alegría, a pedido de los vecinos.

En las provincias de Santo Domingo de los Tsáchilas y Esmeraldas se han identificado hasta el momento 57 casos de intoxicación por consumo de alcohol metílico. El Ministerio de Salud Pública continúa con el seguimiento y control de los mismos.

Hasta el 30 de octubre, se reportan 20 personas fallecidas, nueve de ellas en la provincia de Esmeraldas, todas de género masculino, de entre 26 y 84 años de edad. En tanto, en Santo Domingo de los Tsáchilas se registran 11 fallecidos de entre 25 y 56 años de edad, entre ellos, una mujer.

Del total de 57 personas atendidas por este tipo de intoxicación, 16 son de Esmeraldas y 41 de Santo Domingo de los Tsáchilas, provincia en la que cinco ya han recibido el alta médica.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador hizo un llamado de corresponsabilidad a la ciudadanía para evitar el consumo de alcohol de dudosa procedencia que no cuenta con los permisos necesarios. El alcohol metílico es una sustancia tóxica que puede ocasionar graves consecuencias, incluso la muerte.

El Ministerio de Salud Pública mantiene la vigilancia activa de personas que consumieron este tipo de alcohol y presentan síntomas de alerta como visión borrosa, náuseas, mareos, dolor abdominal. En el caso de evidenciar síntomas relacionados es importante acudir al centro de salud más cercano.

Las autoridades ecuatorianas realizaron recientemente un operativo en varios puntos de Santo Domingo de los Tsáchilas, donde decomisaron 50.000 litros de "alcohol de dudosa procedencia", aunque admitieron que no podían determinar que ese fuera el origen del brote actual.

Se presume que los casos de intoxicación ocurrieron el 23 de octubre, durante un velorio en la parroquia Río Verde, perteneciente a Santo Domingo de los Tsáchilas.



Los haitianos se están uniendo para hacer frente al reciente brote de cólera, según comprobó la máxima representante de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en Haití, la coordinadora residente Ulrika Richardson, tras visitar varios centros de tratamiento de la enfermedad en la capital haitiana, Port-au-Prince, donde se reunió con el personal médico y algunos pacientes.

“He visitado varios centros de tratamiento del cólera en los barrios más afectados de Port-au-Prince y he visto escenas desgarradoras: niños que estaban tan desnutridos que era difícil introducirles un catéter en los brazos o las piernas; adultos que estaban claramente muy enfermos.



Una mujer enferma de cólera recibe tratamiento en un hospital de Port-au-Prince.

Lo que me impresionó de inmediato fue el intenso olor a cloro desinfectante, que se utiliza para esterilizar el entorno inmediato, lo que es claramente una señal de que el centro está bien dirigido por profesionales sanitarios que saben cómo prevenir y tratar la enfermedad. Vi al personal limpiar continuamente el suelo y las superficies para asegurarse de que la bacteria del cólera no pueda propagarse más.

Me impresionó y conmovió profundamente el compromiso y la dedicación de los trabajadores sanitarios. He conocido a muchas personas inspiradoras que encarnan con alto profesionalismo y han demostrado humanidad y enorme empatía con los pacientes en tratamiento. Muchos me han dicho que los haitianos se están uniendo para superar este difícil momento.

Fuerte aumento de los casos

Hasta hace unos días, el aumento de los casos de cólera había sido gradual, pero ahora estamos viendo un aumento preocupante, por lo que la situación se ha vuelto más difícil.

Es importante recordar que, aunque el cólera puede ser mortal, es prevenible y tratable. La rapidez es esencial para contener un brote y salvar vidas. Creo que la respuesta de la sanidad pública de las autoridades haitianas y de las ONG locales e internacionales, con el apoyo de la ONU, fue inmediata y decisiva, a pesar de la escasez de agua potable y de combustible que es necesario para suministrar energía a las instalaciones sanitarias y permitir que el personal pueda trabajar.

Se crearon rápidamente centros de tratamiento del cólera para atender a los enfermos. Los haitianos ya han vivido el cólera antes, por lo que hay conocimientos y experiencia que son muy valiosos actualmente para evitar que el brote se salga de las manos.

Los mensajes de salud pública del Ministerio de Salud Pública y Población en la radio y a través de mensajes de texto, que la ONU apoya, subrayan la importancia de las medidas preventivas como el lavado de manos y la desinfección.

La imposibilidad de que la gente se mueva libremente, especialmente en la capital, Port-au-Prince, debido a la situación de inseguridad imperante y a la falta de combustible, también puede haber contribuido a contener la propagación, aunque esta inseguridad también ha complicado la respuesta al cólera.



Desde el primer día del brote, la ONU en Haití, con sus socios nacionales e internacionales, ha trabajado junto al Ministerio de Salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha apoyado a nuestros socios para abrir 13 centros de tratamiento del cólera. También se están estableciendo puntos de rehidratación oral, especialmente en las comunidades de difícil acceso, para tratar los casos más leves y remitir a otros a los centros de hospitalización, y se ha prestado asistencia para formar a 300 trabajadores sanitarios comunitarios. Estos trabajadores son cruciales, ya que hay muchas comunidades que están aisladas debido a la violencia de las bandas armadas.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) están apoyando a las autoridades haitianas y a las organizaciones aliadas con cloro, tabletas para purificar el agua, kits de higiene y suministros médicos como sales de rehidratación oral. El UNICEF, a través de sus socios, también está desplegando clínicas móviles de salud en Cité Soleil, el barrio más afectado de la capital.

La situación humanitaria en Haití es desesperada para muchos y el cólera es sólo uno de los desafíos más urgentes. El aumento del hambre al que se enfrentan demasiados haitianos es otra de las grandes preocupaciones a las que hay que hacer frente. El Programa Mundial de Alimentos ha reanudado su distribución de alimentos dentro de Cité Soleil, llegando a más de 5.500 personas vulnerables desde mediados de octubre.

Coordinador y solucionador de problemas

Como representante de las Naciones Unidas en Haití, mi función es facilitar la respuesta de la Organización de manera que se maximice nuestro impacto y se garantice que todos nuestros conocimientos y experiencia apoyen efectivamente la estrategia de prevención y tratamiento del cólera del Ministerio de Salud.

Esto significa establecer vínculos, ya sea aquí en Haití con entidades nacionales o con diferentes áreas de la ONU, para que nuestro esfuerzo combinado sea mayor que la suma de sus partes.

De hecho, me ha impresionado no sólo la rápida movilización de los organismos y colegas sobre el terreno, sino también la atención y la acción de los más altos dirigentes de la ONU.

Poder ayudar es esencial: por ejemplo, cuando hay cuellos de botella, por la falta de combustible para los centros de tratamiento, me llaman para ayudar a solucionar el problema.

En última instancia, el objetivo común es trabajar por un Haití libre de cólera y, desde el último brote, he sido testigo de primera mano del compromiso de la ONU con el pueblo de Haití.

Desde su creación, la ONU y Haití han compartido un fuerte vínculo. Ahora, una vez más, es el momento de que la ONU y los haitianos se unan para hacer frente a esta crisis, de modo que Haití y su pueblo salgan fortalecidos y más unidos mientras el país continúa en el camino hacia la estabilidad, la igualdad y la prosperidad”.

El Ministerio de Salud y Bienestar de Jamaica informó que ha sido controlado un brote de infecciones por la bacteria *Klebsiella pneumoniae* en el Hospital 'Victoria Jubilee', en Kingston.

La bacteria causó la muerte de al menos una docena de recién nacidos en la principal institución de maternidad del país. El ministro de Salud y Bienestar, Dr. Christopher Tufton, aclaró que siete bebés murieron en julio, dos en agosto, dos en septiembre y uno en octubre.



Según la directora técnica regional de la Autoridad Regional de Salud del Sudeste, la Dra. Sandra Chambers, el ministerio tomó medidas inmediatas después de notar un aumento en el número de muertes de recién nacidos en el hospital en julio.

“Se hisoparon las paredes, los bebés, el personal, las camas e incluso el agua y el jabón”.

Chambers dijo que se detectaron fallas y se hicieron varias recomendaciones, incluido un aumento en la frecuencia de la limpieza, así como un aumento en la frecuencia con la que se cambian los jabones para evitar la acumulación de bacterias.

Admitió que la escasez crónica de enfermeras neonatales también podría haber desencadenado el brote de infecciones.

Si bien la cantidad de bebés que nacen ha aumentado, no ha habido cambios en el cuadro de enfermería “y, por lo tanto, una enfermera debe atender hasta ocho bebés, cuando solo debería atender uno o dos”, explicó.

El principal partido de la oposición, el Partido Nacional del Pueblo (PNP), pidió que se realice una auditoría en el Hospital 'Victoria Jubilee'. El portavoz de salud de la oposición, Dr. Morais Guy, dijo que el ministro de Salud y Bienestar, Dr. Christopher Tufton, debe aclarar la desafortunada situación. También cuestionó el silencio inicial del ministro sobre el asunto, diciendo que fue un “descuido de su deber como ministro” no haber informado al público.

Sin embargo, Tufton insistió en que el ministerio no estaba ocultando información, sino que esperaba una revisión independiente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el asunto antes de hacerlo público. El informe de la OPS, sugirió, “agregaría más sustancia en términos de cuál es exactamente la situación y determinaría un camino para abordar la situación en el futuro”.

Además, el ministro dijo que se demoró en informar al público sobre el brote porque la situación había comenzado a mejorar después de julio y ya no estaba en un nivel de crisis.

En tanto, el líder del PNP, Mark Golding, renovó el llamado a la renuncia de Tufton. Dijo que el Ministerio de Salud y Bienestar, bajo la dirección de Tufton, se ha enfrentado a varias catástrofes, incluido el manejo de la escasez de oxígeno al comienzo de la pandemia de COVID-19 y el mal estado del Hospital Regional de Cornwall en el extremo occidental de la isla.

El Hospital 'Victoria Jubilee', ubicado en Kingston, Jamaica, es el hospital de maternidad de referencia más grande del Caribe de habla inglesa, con 248 camas, que atienden alrededor de 8.000 bebés al año. El hospital se estableció en 1887 cuando prominentes jamaíquinos construyeron un hospital de maternidad en honor a la reina Victoria, quien celebró su aniversario de jubileo ese año.

Las *Klebsiella* son bacilos Gram-negativos. *K. pneumoniae* y *K. oxytoca* son las dos especies patógenas de este género, causantes de infecciones nosocomiales con alta mortalidad y morbilidad, incluyendo neumonía, infecciones del tracto urinario, septicemia, sitios de heridas quirúrgicas, meningitis y endoftalmitis bacteriana. La presencia de dispositivos invasivos como catéteres intravenosos, tubos endotraqueales, catéteres urinarios y el uso de antibióticos son factores que aumentan la probabilidad de infección nosocomial por especies de *Klebsiella*. Los principales reservorios patógenos para la transmisión son el tracto gastrointestinal, las manos del personal hospitalario y el entorno sanitario. *Klebsiella* se puede propagar rápidamente, lo que a menudo conduce a brotes nosocomiales clonales. Las cepas de los brotes son con frecuencia multirresistentes, especialmente productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas. Los genes que codifican las carbapenemasas y las BLEE están mediados por plásmidos. Los genes que codifican estas betalactamasas a menudo están vinculados a genes que codifican la resistencia a muchas otras clases de antibióticos, como las fluorquinolonas y los aminoglucósidos en estos elementos genéticos móviles, lo que facilita fácilmente la transferencia horizontal de genes entre bacterias.

K. pneumoniae ha causado brotes en unidades de cuidados intensivos neonatales. A menudo se detecta que las interrupciones en las prácticas de control de infecciones han facilitado la transmisión nosocomial. Los factores que colocan a los pacientes en riesgo de infección por *Klebsiella* incluyen hospitalización prolongada (especialmente en una unidad de cuidados intensivos), enfermedad grave, incluida una cirugía mayor, estados comprometidos (como diabetes, alcoholismo), terapia antimicrobiana, uso prolongado de dispositivos médicos invasivos y prácticas inadecuadas de control de infecciones.

Las intervenciones de control de infecciones en los establecimientos de atención médica destinadas a prevenir la transmisión de estos aislamientos multirresistentes incluyen su rápido reconocimiento por parte del laboratorio de microbiología cuando se cultivan a partir de muestras clínicas, la colocación de pacientes colonizados o infectados con estos aislamientos en precauciones de contacto y, en algunas circunstancias, la realización de encuestas de prevalencia puntual o cultivos de vigilancia activa de pacientes de alto riesgo y su entorno. La detección activa de casos puede ser seguida por cohortes de personal y pacientes, es decir, segregación a los pacientes colonizados o infectados y al personal de atención médica que los atiende de aquellos sin *Klebsiella* resistente a múltiples fármacos y al personal de atención médica que los atiende.

A dos meses de que termine el año, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de México reporta 556 casos de varicela, 138% más de lo registrado al mismo mes de 2021, que fue de 234 personas con la enfermedad.

La Secretaría de Salud Federal informó que el número de casos de varicela en Yucatán ya en la primera quincena de octubre superó el número de casos de todo 2021, que fue de 329 casos confirmados, lo que significa un incremento hasta esa fecha de 69%.

La Secretaría de Salud señaló que, en México, la varicela fue una de las pocas patologías que durante dos años mostró una notable disminución, debido a las medidas de higiene establecidas ante la pandemia de COVID-19.

Sin embargo, las autoridades de salud advirtieron que por la reactivación económica y la movilidad, la enfermedad presentó un repunte, pero se mantiene bajo control. Cabe indicar que el mayor número de casos se registró en Jalisco (2.756), seguido por el Estado de México (2.469) y la Ciudad de México (1.990).

En junio se dio a conocer el primer repunte, cuando en tan solo tres semanas la cifra de casos pasó de 157 a 192 (un incremento de 22%); desde ese momento la incidencia fue mayor que en el mismo periodo de 2021.

Aunque la Secretaría de Salud estatal había mencionado que la incidencia de esta enfermedad se debía al regreso a las clases presenciales y la temporada de calor, las cifras de la Secretaría de Salud federal al 21 de mayo confirmaban 107 casos en el sexo masculino y 85 en el sexo femenino en Yucatán.

La Región de Murcia se ha convertido en la primera zona del mundo en eliminar la transmisión congénita de la enfermedad de Chagas, una dolencia provocada por un parásito que puede pasar inadvertida durante décadas, sin síntomas, hasta que da la cara causando graves problemas cardíacos o intestinales. Técnicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reunieron desde el 25 de octubre en Murcia para verificar esta erradicación de la transmisión vertical en la Comunidad, y para trasladar a toda la comunidad científica la fórmula que lo ha hecho posible.

“La labor desarrollada en Murcia causa admiración. Se ha desarrollado un trabajo metodológico bien hecho, y de investigación, que permitió un cambio de paradigma en solo cuatro años, y ello pese a coincidir con la pandemia de COVID-19”, destacó Pedro Albajar Viñas, responsable del programa de control de la enfermedad de Chagas de la OMS. Las lecciones aprendidas en Murcia permitirán publicar recomendaciones para que los 44 países de todo el mundo en los que se ha detectado esta enfermedad puedan replicar la misma estrategia.

Esa fórmula pasa por desenmascarar al parásito mediante su detección precoz, sobre todo en mujeres en edad fértil que provienen de zonas como Bolivia, donde la enfermedad de Chagas es endémica. La estrategia la lideró, desde su creación en 2007, la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Clínico Universitario ‘Virgen de la Arrixaca’, que dirige Manuel Segovia Hernández. Durante todos estos años se han realizado campañas para la realización de pruebas masivas a la población procedente de las zonas endémicas, en colaboración con los consulados. Actualmente, también las farmacias se han sumado a los cribados. Además, el Servicio Murciano de Salud (SMS) ha incluido la enfermedad de Chagas en los análisis a todas las mujeres embarazadas durante el primer semestre de gestación.

La enfermedad de Chagas está provocada por el parásito *Trypanosoma cruzi*, que se transmite por la picadura de la vinchuca, un insecto presente en las áreas rurales de América, pero no en Murcia ni en el resto de España. La infección no se transmite de persona a persona, salvo de madres a hijos. De ahí que los casos detectados en la Región sean todos importados, salvo cuando se trata de transmisión vertical.

En 2007, la Unidad de Medicina Tropical detectó 70 casos importados, una cifra alta en comparación con los apenas seis pacientes diagnosticados hasta entonces. Esto hizo saltar las alarmas, y comenzaron las campañas de captación para la realización de pruebas masivas. Desde entonces se han llevado a cabo 18.740 test, que han permitido diagnosticar a 2.231 afectados. Una veintena de todos estos casos se han producido por transmisión vertical, de madres a hijos. Pero la buena noticia es que, desde 2017, no se ha vuelto a detectar ninguna in-

fección por esta vía. “Hace cuatro años se introdujo por primera vez la idea de era posible erradicar la transmisión vertical, y ello fue gracias a nuestra experiencia”, destacó Segovia Hernández.

La OMS puso sus ojos en lo que estaba pasando en Murcia. En 2018 se celebró una primera reunión técnica en el Hospital ‘Virgen de la Arrixaca’, y ahora los expertos capitaneados por Albajar Viñas vuelven al hospital para analizar los frutos de todo este trabajo y lanzar nuevas recomendaciones a la comunidad médica internacional.

“La enfermedad de Chagas es silenciosa, puede no dar síntomas durante mucho tiempo. Pero el diagnóstico precoz es fundamental no solo para evitar que se siga transmitiendo, sino porque ahora hay disponibles tratamientos muy eficaces”, subrayó Segovia Hernández. Si se detecta una transmisión vertical, es posible tratar al niño en su primer año de vida, con una eficacia de 100% y sin efectos secundarios. Pero el objetivo es ir más allá, porque tratando a la madre antes del embarazo, se evita la transmisión. De ahí los cribados masivos que se han llevado a cabo en la última década. A esta estrategia se ha unido un programa en colaboración con las farmacias, para realizar la prueba a mujeres en edad fértil procedentes de zonas endémicas.

El Instituto de Salud 'Carlos III' de España informó una duplicación de los casos de shigelosis en 2022 hasta la fecha, en comparación con 2021.

Se han reportado 203 casos de la infección en lo que va del año, en comparación con los 99 que se registraron en 2021.

Según Miguel Ángel Goenaga Sánchez, portavoz de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), “tradicionalmente se relacionaba con viajes a países con condiciones higiénicas menos desarrolladas. Las vías de contagio solían ser a través del contacto interpersonal, el contacto con superficies y objetos donde se encontraba la bacteria, o la ingestión de agua o alimentos contaminados. Pero el contacto sexual también puede ser una vía de transmisión y está ganando peso en los últimos años. El grupo de casos que han aparecido últimamente están más relacionados con este último modo de transmisión”.

En febrero, el Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC) emitió una alerta sobre la detección en toda Europa de un aumento de casos de shigelosis, especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres. En concreto, el organismo europeo alertó de un aumento de contagios en este grupo por *Shigella sonnei*, que también mostró resistencia a los antibióticos disponibles.

Shigella spp. es un microorganismo perteneciente a la familia de las enterobacterias, no móvil y no capsulado, del que se han identificado cuatro especies diferentes: *S. sonnei*, *S. flexneri*, *S. boydii* y *S. dysenteriae*. El ser humano es el único hospedador, siendo el periodo de incubación de uno a tres días. Es el agente causal de la disentería bacilar, una enfermedad gastrointestinal aguda cuyos síntomas son fiebre, dolor abdominal y diarrea mucosa sanguinolenta. En general, la infección es autolimitada, requiriéndose para su tratamiento únicamente la reposición de agua y electrolitos. Sin embargo, en poblaciones vulnerables, como niños o ancianos, puede ser necesaria la administración de antibióticos. El patógeno se excreta en heces, siendo la dosis infectiva muy baja, estando considerada la enfermedad como una de las diarreas de origen bacteriano más transmisibles. La infección puede transmitirse por contacto directo persona a persona, incluyendo las relaciones sexuales, especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH), o por ingestión de agua o alimentos contaminados.

Los casos notificados de shigelosis presentaron una tendencia ascendente en los años previos a la pandemia de COVID-19 en España. Este aumento lleva observándose desde el año 2013, teniendo en cuenta que en 2015 la incidencia acumulada fue anormalmente elevada debido a un brote de origen hídrico con 378 casos. La infección fue más frecuente en hombres que en mujeres en el periodo 2016/2021. La edad de los casos varía según el sexo, ya que en mujeres la mayor incidencia acumulada se notificó en las menores de 30 años, mientras que en hombres los más afectados fueron aquellos comprendidos entre los 15 y 49 años. En los años 2020 y 2021 se observó una elevada razón hombre/mujer: 4,2 y 3,7, respectivamente, especialmente relevante en los grupos de 15-29 años (11,5 en el año 2020) y 30-49 años (10,4 en el año 2021).

En un estudio realizado en la ciudad de Barcelona con casos de shigelosis diagnosticados entre 1988 y 2012, se observó un cambio en la epidemiología de la enfermedad, pasando de estar afectados ambos sexos por igual a presentar mayor incidencia los hombres, especialmente desde 2009. Este patrón epidemiológico también viene siendo observado desde hace algunos años en otros países de Europa, con un aumento de los casos en hombres y una tendencia estable o descendente en mujeres, observándose la transmisión por vía sexual en HSH y un incremento de la resistencia a los antibióticos, tanto de *S. flexneri* como de *S. sonnei*.

La cantidad de casos de influenza en todo India se ha multiplicado por 15 desde el año pasado, con 11.450 casos reportados este año hasta la fecha, contra 778 casos en 2021. Más importante aún, 321 personas han muerto por el virus este año hasta el 30 de septiembre, en comparación con 12 el año pasado, un aumento de 27 veces.

Los principales científicos del Consejo Indio de Investigación Médica (ICMR) detectaron un cambio en la cepa de influenza que circula en India este año y advirtieron a las personas que sigan todas las medidas preventivas.

“El año pasado circulaba la cepa de influenza A(H3N2) y este año es la A(H1N1). Las personas deben cubrirse la nariz y la boca al estornudar y toser, seguir la higiene de manos y aislarse si tienen síntomas como fiebre, tos, dificultad para respirar y comunicarse con su médico de inmediato”, dijo un científico sénior del ICMR.

El Dr. Raman Gangakhedkar, exjefe de epidemiología y enfermedades transmisibles del ICMR, dijo: “La influenza es una infección que se puede prevenir con vacunas. Por lo tanto, las personas con enfermedades crónicas y los ancianos deben vacunarse contra la influenza y también tomar una dosis de refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 para evitar complicaciones de salud”.

Según el último informe sobre la influenza A(H1N1), el estado más afectado es Maharashtra con 3.513 casos y 191 muertes, seguido de Tamil Nadu (2.036 casos, 22 muertes) y Gujarat (2.031 casos, 58 muertes).



Kenya enfrenta desde 2020 un brote ininterrumpido de leishmaniosis visceral, o kala-azar. Se ha notificado un total de 2.037 casos sospechosos y confirmados en los condados de Marsabit, Garissa, Kitui, Baringo, West Pokot, Mandera, Wajir e Isiolo, con un total de 10 muertes reportadas.

El brote está activo en cuatro condados: West Pokot (subcondados de Pokot North, Pokot South y West Pokot), Kitui (subcondados de Mwingi North y Mwingi Central), Wajir (subcondados de Wajir East, Wajir West, Wajir South y Eldas) e Isiolo.

En la última semana, se informaron 22 casos nuevos en el condado de West Pokot.

La leishmaniosis visceral o kala azar (que significa “fiebre negra” en hindi) es una enfermedad tropical parasitaria transmitida a través de la picadura de ciertos tipos de flebótomos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es altamente endémica en el Subcontinente Indio y en África Oriental y se cuentan entre 50.000 y 90.000 nuevos casos cada año en todo el mundo, de los que solo entre 25 y 45% se notifican a la OMS; de los casos notificados en 2018, más de 95% se produjeron en 10 países: Brasil, China, Etiopía, India, Irak, Kenya, Nepal, Somalia, Sudán y Sudán del Sur.

La enfermedad es más compleja de diagnosticar y tratar en África, donde los conflictos armados y los movimientos de población han favorecido la aparición de muchas epidemias en los últimos 25 años.

Cuando una persona se infecta, su sistema inmunológico se debilita y es más vulnerable a otras infecciones. Los síntomas son fiebre durante más de dos semanas, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, anemia y pérdida de apetito y peso. Sin tratamiento, la leishmaniosis visceral casi siempre es mortal. Sin embargo, un diagnóstico y tratamiento tempranos pueden salvar a una persona enferma, incluso en entornos con recursos limitados.

Normalmente, el diagnóstico clínico a partir de los síntomas se acompaña de una prueba rápida de detección de anticuerpos. Si bien estas pruebas pueden usarse en Asia, no son suficientemente sensibles para su utilización en África, y allí se necesitan exámenes al microscopio de muestras del bazo, la médula espinal o los nódulos linfáticos. Estos procedimientos tan invasivos requieren recursos que no pueden conseguirse fácilmente en países pobres.

Las opciones de tratamiento han evolucionado en los últimos años y son específicas según la región, ya que su eficacia varía. En Asia, la anfotericina B liposomal (L-AmB) se ha convertido en el principal tratamiento, ya sea sola o como parte de una terapia combinada cuando hay coinfección con VIH. Es más segura y tiene un curso de tratamiento más corto que medicaciones anteriores y se administra en una hora, pero sigue siendo por vía intravenosa, lo que en muchas pequeñas clínicas con pocos recursos representa un problema. En África, el mejor tratamiento disponible es una combinación de antimoniales pentavalentes y paromomicina, que se administra mediante una serie de dolorosas inyecciones durante 17 días. En la actualidad, varias investigaciones buscan un tratamiento más corto, que se espera esté disponible en breve.

La coinfección por leishmaniosis visceral y VIH supone un reto enorme, pues ambas enfermedades influyen la una en la otra en un círculo vicioso, atacando y debilitando el sistema inmunológico. También contribuye a obstaculizar la atención el hecho de que muchas de las personas que sufren esta enfermedad viven en zonas muy remotas, lejos de la atención médica que necesitan, y por tanto muchas infecciones y muertes nunca llegan a conocerse.

El número de casos de lepra en varias áreas de Khyber Pakhtunkhwa viene en aumento durante los últimos dos años, ya que más de 30.000 personas han sido reportadas afectadas por la enfermedad, según fuentes oficiales del Departamento de Salud.

La mayoría de las áreas del norte, como Dir, Swat, Kohistan y Upper Chitral, están entre los distritos afectados por la lepra.

No había signos de lepra en las grandes ciudades de Khyber Pakhtunkhwa; sin embargo, ahora se están informando casos en algunas de las áreas montañosas de la provincia.

Para contrarrestar la situación, se establecieron centros de lepra en diferentes distritos de la provincia, sin embargo, debido a la falta de personal especializado, no se brinda un tratamiento o cura adecuada a los pacientes.

Los funcionarios de la Dirección de Salud, sin embargo, dijeron que los pacientes estaban siendo registrados en los centros de lepra y se les estaba brindando tratamiento de principio a fin.

Un hombre de 43 años, que vive en Elazığ, contrajo carbunco de la carne que compró a un carnicero nueve días atrás. La carnicería donde compró la carne fue clausurada.

El hombre fue quien cocinó la carne ese día. Al día siguiente presentó lesiones en las manos y el cuerpo, a las que no dio importancia. Pero tres días después decidió acudir a un servicio de urgencias ante el crecimiento de las lesiones.

Se le detectó carbunco en los exámenes realizados en el Departamento de Infectología del Hospital Universitario Firat. Después de que el paciente dijera que había consumido carne, la situación fue informada a la Dirección Provincial de Salud de Elazığ y a la Dirección Provincial de Agricultura y Silvicultura. Los equipos tomaron medidas y se detectó la bacteria *Bacillus anthracis* en el examen de la carne.

Obviamente, aún queda mucho por revelar de este caso humano aparentemente singular. Las lesiones cutáneas son comunes en las personas que sacrifican un cadáver infectado, y ese animal tiene que haber venido de un rebaño donde el animal, y quizás otros, están infectados. Es de esperar que la Dirección Provincial de Agricultura y Silvicultura revele en breve los resultados de su investigación. Cerrar la carnicería solo protege a los burócratas de la salud que no habían advertido a los carniceros de los peligros de vender carne de animales enfermos. Lógicamente, la explotación ganadera afectada se encuentra a unos 20 km de Elazığ.

El carbunco es enzoótico en el este de Turquía y un problema constante, y los múltiples brotes anteriores en 2018 fueron graves, con un número muy significativo de muertes de ganado. Es evidentemente un grave problema humano y ganadero en este país, que está económica y políticamente estresado. El modelo de nicho muestra que alrededor de 75% del país está en grave riesgo. Dicho de otra manera, si se iniciara un programa nacional de control y vigilancia del ganado, alrededor de 80% del ganado tendría que ser vacunado anualmente durante al menos 10 años antes de que la vacunación del área objetivo pudiera usarse para poner las cosas en orden.

Elazığ es una ciudad en la región de Anadolu Bölgesi de Türkiye, y el centro administrativo de la provincia de Elazığ.

Vietnam ha registrado cerca de 270.300 casos de dengue, que han resultado en 108 muertes, desde principios de este año, informó el Ministerio de Salud.

El número de infectados aumentó 4,8 veces, mientras que el número de muertes aumentó en 87 casos en comparación con el mismo período del año pasado.

Sin embargo, en el último período de seguimiento, se detectaron 9.677 casos en la semana epidemiológica 42, menos que la semana anterior, en la que se detectaron 11.260 casos.

Se prevé que el número de casos y muertes alcance su punto máximo en noviembre y diciembre.

Según el Centro de Enfermedades Tropicales del Hospital 'Bach Mai' de Hà Nội, el número de pacientes con dengue en Hà Nội y las provincias vecinas ha ido en aumento, con un pico previsto en los próximos dos meses.

Los médicos advirtieron que habrá riesgo de "brotes simultáneos" de varias enfermedades como COVID-19, adenovirus, influenza y varicela junto con el dengue cuando cambie el clima en la región norte.

El Dr. Đỗ Duy Cường, director del centro, dijo que "este año, habrá un gran brote de dengue en la región norte porque está en un ciclo de cinco años. En agosto, la cantidad de pacientes con dengue hospitalizados en el centro era solo de 70, pero aumentó a 160 y 250 en septiembre y octubre, respectivamente".

"Los pacientes procedían principalmente de distritos suburbanos como Đan Phượng, Thường Tín, Hoài Đức y Long Biên, y luego se extendieron a los distritos del centro de la ciudad de Nam Từ Liêm, Thanh Xuân, Đống Đa y Hoàng Mai", dijo el médico.

Mientras tanto, el Centro para el Control de Enfermedades de Hà Nội informó que, en la semana epidemiológica 42, Hà Nội registró 1.420 casos de dengue en 30 distritos y municipios, aumentando el número total de casos infectados desde principios de este año a 8.199, incluidas cinco muertes.

Mientras tanto, Thành phố Hồ Chí Minh, hasta el momento, ha registrado 66.699 casos, incluidas 29 muertes, de las cuales hubo 2.000 casos en la semana epidemiológica 42.

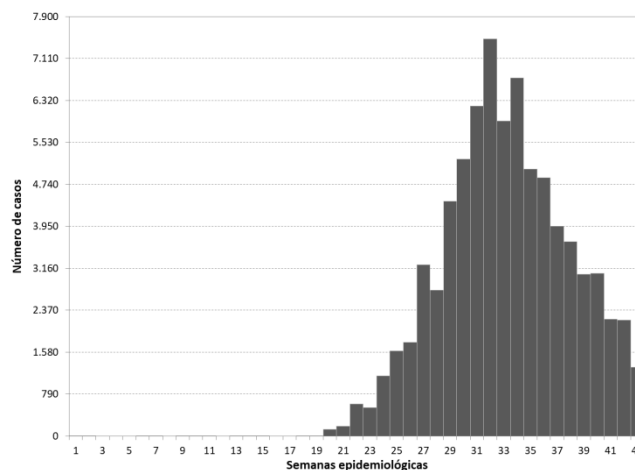
Aunque el número de contagios de dengue presenta una tendencia a la baja, hasta el momento el número de casos se ha multiplicado por siete y el número de casos graves se ha multiplicado por 3,6 en comparación con el mismo período del año pasado.

El Departamento de Salud de Thành phố Hồ Chí Minh ha solicitado a los centros de atención médica que implementen un proceso de alerta roja para los pacientes con dengue grave y crítico en riesgo de muerte para salvar la vida del paciente de inmediato.

El sector de la salud de la ciudad también ha establecido un grupo de expertos de 33 miembros con la tarea de orientar el tratamiento del dengue y analizar los casos graves y mortales, así como brindar capacitación y consulta remota y tratamiento de pacientes con dengue grave.

Introducción

Entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2022, se han notificado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 77.264 casos confirmados por laboratorio y 3.622 casos probables de viruela símica, incluidas 36 muertes, en 109 Estados Miembros en las seis regiones de la OMS. Desde el 13 de mayo, una alta proporción de estos casos se ha notificado en países sin transmisión previamente documentada de viruela símica. Esta es la primera vez que se notifican casos y cadenas sostenidas de transmisión en países sin vínculos epidemiológicos directos o inmediatos con áreas de África Occidental o Central.



Casos notificados de viruela símica. Semanas epidemiológicas 1 a 43 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de noviembre de 2022, 16:00 horas.

Con la excepción de los países de África Occidental y Central, el brote actual sigue afectando principalmente a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) que informaron haber tenido relaciones sexuales recientemente con una o varias parejas. Actualmente no hay ninguna señal que sugiera una transmisión sostenida más allá de estas redes.

La confirmación de un caso de viruela símica en un país se considera un brote. La aparición inesperada de la enfermedad en varias regiones ante la ausencia inicial de vínculos epidemiológicos con áreas de África Occidental y Central sugiere que puede haber habido una transmisión no detectada durante algún tiempo.

La OMS evalúa el riesgo global como 'moderado'. A nivel regional, evalúa el riesgo de la siguiente manera:

- Alto: Región de Europa y Región de las Américas.
- Moderado: Región de África, Región del Mediterráneo Oriental y Región del Sudeste Asiático.
- Bajo-moderado: Región del Pacífico Occidental.

El Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) sobre el brote multinacional de viruela símica celebró su [segunda reunión el 21 de julio de 2022](#). Habiendo considerado las opiniones de los miembros del comité y asesores, así como otros factores, el Director General de la OMS declaró este brote como una emergencia de salud pública de interés internacional y emitió recomendaciones temporales en relación con el brote.

Situación mundial

El número de casos nuevos informados semanalmente en todo el mundo disminuyó 40,7% en la semana epidemiológica (SE) 43 (1.295 casos) en comparación con la SE 42 (2.182 casos). La mayoría de los casos notificados en las últimas cuatro semanas corresponden a la Región de las Américas (88,7%) y a la Región de Europa (7,7%).

Los 10 países más afectados a nivel mundial son: Estados Unidos (28.379 casos), Brasil (9.162), España (7.317), Francia (4.094), Reino Unido (3.698), Alemania (3.662), Colombia (3.298), Perú (3.048), México (2.654) y Canadá (1.437). Juntos, estos países representan 86,4% de los casos reportados a nivel mundial.

En los últimos siete días, 15 países informaron un aumento en el número semanal de casos, con el mayor aumento informado en Nigeria. Cincuenta y ocho países no han informado nuevos casos en los últimos 21 días.

En lo que va de 2022, la región que más casos confirmados notificó es la de las Américas (50.716 casos; 63,63% del total mundial), seguida por la de Europa (25.303 casos; 32,75%), África (934 casos; 1,21%), Pacífico Occidental (209 casos; 0,27%), Mediterráneo Oriental (72 casos; 0,09%) y Sudeste Asiático (30 casos; 0,04%).

Perfil de los casos

El brote en curso se está desarrollando principalmente en las redes de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Se debe tener en cuenta que la orientación sexual informada no refleja necesariamente con quién ha tenido el caso antecedentes sexuales recientes ni implica actividad sexual. En general, la gravedad ha sido baja, con pocas hospitalizaciones y muertes informadas.

- El 96,9% de los casos (43.513/44.911) con datos disponibles son de sexo masculino, la mediana de edad es de 34 años (rango intercuartílico: 29-41 años).
- Los hombres de 18 a 44 años están desproporcionadamente afectados por este brote, ya que representan 79,6% de los casos.
- Del total de casos con datos disponibles, 3,1% (1.398/44.911) son mujeres:
 - La mayoría de estos casos se notificaron en la Región de las Américas (914/1.398; 65%) y la Región de Europa (410/1.398; 29%).
 - De los casos donde se reporta orientación sexual, la mayoría son heterosexuales (562/661; 85%).
 - El entorno de exposición informado con mayor frecuencia es en el hogar (105/249; 42%) y la forma de transmisión más común es a través de encuentros sexuales (185/442; 42%).
- De los 45.616 casos de los que se disponía de la edad, se notificaron 534 casos (1,2%) de entre 0 y 17 años de edad, de los cuales 138 (0,3%) tenían entre 0 y 4 años.
 - La mayoría de los casos de 0 a 17 años se notificaron en la Región de las Américas (388/534; 73%).
 - Entre los casos de 0 a 17 años de edad, 30 informaron exposición en un entorno escolar.
- Veintisiete casos corresponden a mujeres embarazadas o recientemente embarazadas. De estos:
 - Cuatro casos estaban en su primer trimestre de embarazo, nueve en el segundo y ocho en el tercero; en cinco casos se desconoce que trimestre cursaba el embarazo. Un caso se encontraba en un periodo de seis semanas o menos después del parto.
 - La mediana de edad fue de 28 años (rango intercuartílico: 24-31).
 - Tres de estos casos fueron hospitalizados. Ningún caso fue admitido en unidades de cuidados intensivos y no se registraron muertes.
 - El modo de transmisión más frecuente fue el encuentro sexual (2/5 casos en los que se conoce esta información). El entorno de exposición más común fue el hogar (5/7 casos en los que se conoce esta información).

- Entre los casos con datos conocidos sobre orientación sexual, 87,3% (22.539/25.805) se identificaron como HSH. De los identificados como HSH, 1.119/22.539 (5,0%) se identificaron como hombres bisexuales.
- Entre aquellos con estado serológico conocido para VIH, 49,1% (10.917/22.236) eran seropositivos. Se debe tener en cuenta que la información sobre el estado del VIH no está disponible para la mayoría de los casos, y para aquellos para los que está disponible, es probable que esté sesgada hacia aquellos que informan resultados positivos para el VIH.
- Se reportaron 857 casos en trabajadores de la salud. Sin embargo, la mayoría se infectaron en la comunidad y se están realizando más investigaciones para determinar si las infecciones restantes se debieron a la exposición ocupacional.
- De todos los tipos de transmisión informados, un encuentro sexual fue el más común, con 13.276 de 18.513 (71,7%) de todos los eventos de transmisión informados.
- De todos los entornos en los que los casos probablemente estuvieron expuestos, el más común fue en fiestas con contactos sexuales, con 3.522 de 8.116 (43,4%) de todas las categorías de exposición probable.

Como se indicó anteriormente, hasta este momento, el brote de viruela símica de 2022 se ha concentrado mayoritariamente en redes de HSH. Por esta razón, es importante comprender los eventos en los que personas de otra orientación sexual han adquirido la enfermedad para monitorear la potencial repercusión en la población general:

- El 79,6% de los casos (2.572/3.231) con datos disponibles son varones; la mediana de edad es de 33 años (rango intercuartílico: 26-40).
- Los varones entre 18 y 44 años representan 65,0% de los casos.
- Entre aquellos con estado serológico conocido, 26,3% (578/2.198) eran seropositivos. Se debe tener en cuenta que la información sobre el estado del VIH no está disponible para la mayoría de los casos, y para aquellos para los que está disponible, es probable que esté sesgada hacia aquellos que informan resultados positivos para el VIH.
- Se reportaron 122 casos en trabajadores de la salud. Sin embargo, la mayoría se infectaron en la comunidad y se están realizando más investigaciones para determinar si las infecciones restantes se debieron a la exposición ocupacional.
- De todos los tipos de transmisión informados, el encuentro sexual fue el más común, con 444 de 1.200 (37,0%) de todos los eventos de transmisión informados.

Sintomatología

Aunque la mayoría de los casos en los brotes actuales se han presentado con síntomas leves de la enfermedad, el virus de la viruela símica puede causar una enfermedad grave en ciertos grupos de población (niños pequeños, mujeres embarazadas, personas inmunodeprimidas).

Entre los casos que informaron al menos un síntoma, el más común es la erupción, presente en 85,5% de los mismos. El 58,3% presentó fiebre, 31,5% dolor de cabeza, 29,7% linfadenopatía y 29,4% fatiga.

La situación en África

Esta sección se enfoca específicamente en aquellos países de la región africana, con el fin de resaltar cualquier diferencia en la epidemiología entre esos países y aquellos dentro del brote

de viruela símica en curso de 2022. Históricamente, se ha pensado que el componente sexual de la transmisión en los países mencionados contribuye menos a la transmisión de la viruela símica de persona a persona de lo que se ha observado en el brote mundial en curso. También se debe tener en cuenta que existe una capacidad de prueba limitada para la viruela símica en muchos de estos países, lo que ha llevado a una subestimación de los casos de viruela símica.

En 2022, hasta el 31 de octubre, en la región se han informado 934 casos confirmados de viruela símica y 14 muertes. Estos representan 1% y 39% de los casos y muertes globales, respectivamente. De estos 934 casos notificados a la OMS, 174 (19%) son casos con datos detallados.

Entre los casos con datos detallados:

- Se han notificado 111 casos masculinos (64,5%) y 61 femeninos (35,5%).
- La mediana de edad es de 25 años (rango intercuartílico: 11-36 años).
- De los 169 casos de los que se disponía de la edad, 65 casos (38,5% del total) tenían entre 0 y 17 años, de los cuales 21 (12,4% del total) tenían entre 0 y 4 años.
- Actualmente no hay casos para los que se disponga de detalles de la transmisión o exposición.

Prevención...

#BanLeadPaint

FACT: LEAD IS TOXIC

It is harmful to everyone and

DAMAGES: BRAIN, KIDNEYS, LIVER, BLOOD, REPRODUCTIVE SYSTEM

Young children are most vulnerable. Their nervous systems are still developing and they absorb 4-5 times more than adults, which can cause:

- intellectual disability
- underperforming at school
- behavioural issues

In adults lead exposure increases the risk of:

- ischaemic heart disease
- stroke

In pregnant women lead exposure damages many organs but also affects:

- the developing foetus

There is no safe level of lead exposure

#BanLeadPaint

LEAD EXPOSURE CAN OCCUR THROUGH...

Inhalation of particles released by industry or recycling

Ingestion of contaminated soil or dust from decaying lead paint – particularly when children play on the ground and put toys or fingers in their mouths

Lead-containing products such as lead-glazed ceramics and some traditional medicines or cosmetics

Food or water contaminated with lead

There is no safe level of lead exposure

REDUCE YOUR RISK FROM LEAD EXPOSURE

Be aware and get informed about health effects of lead exposure

Use and encourage others to seek out paints without added lead

Join the action to prevent lead exposure by participating or organizing events to raise awareness

Semana Mundial de Prevención del Envenenamiento por Plomo (2022).

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.