

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de COVID-19
- Buenos Aires: Brote inusual de carbunco en ganado bovino en Carlos Casares

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de los brotes de influenza aviar y sus implicaciones para la salud pública en la Región
- Brasil: Once casos de enfermedad de Chagas por transmisión oral en Belém, Pará

- Estados Unidos: Se está extendiendo por el país la nueva subvariante Omicron XBB del SARS-CoV-2

- Isla La Española: Evaluación del riesgo del brote de cólera

EL MUNDO

- China: Caso humano de influenza aviar A(H5N1) en Qinzhou, provincia de Guangxi
- El Líbano: Situación epidemiológica del cólera
- Filipinas: La ciudad de Zamboanga registró 141 casos de leptospirosis, con 26 muertos

- India: 2,4 millones de VIH-positivos en el país, aunque están disminuyendo los casos nuevos

- Reino Unido: Actividad estacional de las infecciones por estreptococos del grupo A en Inglaterra

- Situación epidemiológica global de la poliomielitis

- La OMS instó a una prevención más eficaz de las lesiones y la violencia

- La contaminación atmosférica agrava las bronquiolitis y las neumonías

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.



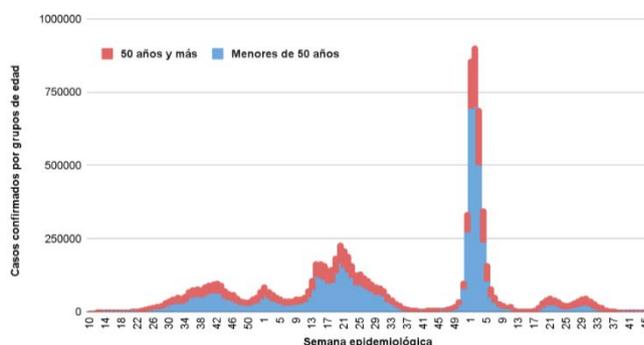
En la semana epidemiológica (SE) 45 de 2022, se confirmaron 1.486 casos de COVID-19 y ocho fallecimientos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}). Desde el inicio de la pandemia y hasta el 12 de noviembre de 2022, se notificaron 9.721.718 casos confirmados de COVID-19 y 130.011 fallecimientos. Se registró un descenso de 5% en los casos durante la SE 44 en relación a la SE previa (50 casos menos) según datos notificados hasta la SE 45.

Desde la SE 31 se registró un descenso paulatino y continuo del número de casos hasta la SE 44. En las últimas dos SE se registró un aumento en el número de casos, que en la última SE fue de 1.460 casos, mientras que en la SE previa fue de 1.189 casos.

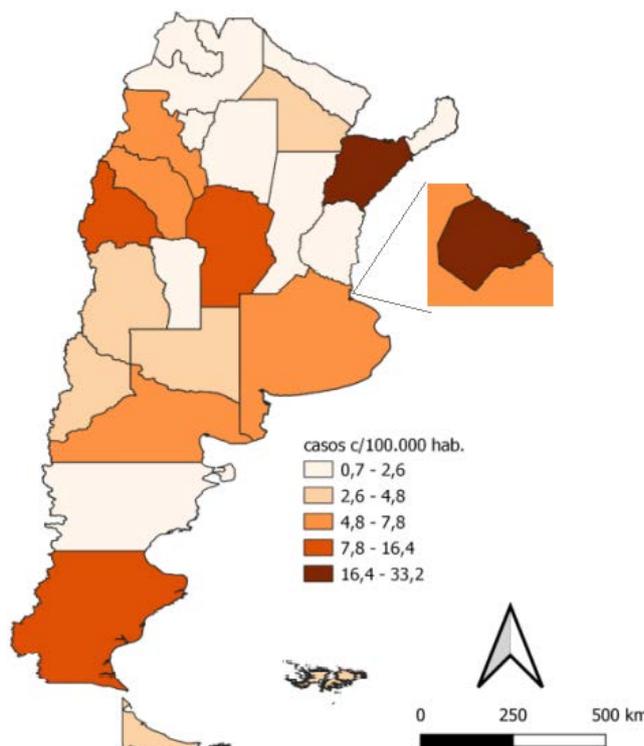
En cuanto a los fallecimientos, según las notificaciones realizadas hasta la SE 45, en la SE 44 se produjeron nueve muertes, valor similar al registrado en la SE previa (7 muertes). Desde la SE 12 de 2022, la cantidad de fallecidos por semana es la más baja desde el comienzo de la pandemia.

La incidencia de casos a nivel nacional en la población general en las últimas cuatro semanas (SE 42 a 45) fue de 8,2 casos cada 100.000 habitantes. Las jurisdicciones que presentaron las tasas más elevadas fueron la provincia de Corrientes y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

La tasa específica de mortalidad por COVID-19 fue de 0,6 fallecidos cada millón de habitantes a nivel nacional en las últimas cuatro semanas (SE 42 a 45). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron Tierra del Fuego, Catamarca y Chaco.



Casos confirmados, según grupos etarios. Argentina. Semanas epidemiológicas 10 de 2020 a 45 de 2022. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Incidencia en población general cada 100.000 habitantes, según jurisdicción de residencia. Argentina. Año 2022, semanas epidemiológicas 42/45, (N=3.730). Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

El grupo etario que presentó la mayor tasa de mortalidad a lo largo de la evolución de la pandemia es el de mayores de 70 años. A partir de la SE 12 del año en curso y a nivel nacional, se registran de manera sostenida las tasas de mortalidad por semana más bajas de la pandemia. También se observa una mayor cantidad de SE sin fallecimientos en el grupo etario de menores de 50 años.

En 2022, el 93% de los fallecidos tenían 50 años o más.

Nuevas variantes del SARS-CoV-2

Omicron es actualmente la variante dominante que circula a nivel mundial. El patrón de alta transmisión observado para Omicron ha facilitado la aparición de mutaciones adicionales que definen diferentes sublinajes clasificados dentro la misma variante. A la fecha, se han reportado globalmente cinco diferentes linajes principales de Omicron: BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 y BA.5 y sus linajes descendientes (BA.1.1, BA.2.12.1, entre otros). En la actualidad, los linajes descendientes de BA.5 continúan siendo dominantes a nivel mundial.

En Argentina, la situación actual de las variantes del SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Omicron. En la SE 37 de 2022 todas las muestras registradas cuentan con identificación de linaje, y se observó lo siguiente:

- la proporción de BA.4 es de 35,37%;
 - la proporción de BA.5 es de 39,02%;
 - la proporción de Omicron compatible con BA.4/BA.5 es de 10,98%; y
 - la proporción de BA.2 es de 7,32%.
- Adicionalmente, en la SE 41 se registraron un caso de Omicron BQ.1.1 y un caso de Omicron XBB.1.

En relación al resto de las variantes del virus, en las SE 4 y 15 de 2022, se informaron dos casos de la variante Lambda, sin identificación de casos adicionales a la fecha.

Vacunación contra COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas para el primer refuerzo, 47,5% de la población argentina recibió la tercera dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad, se observa que 59% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo, mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es de 71,9%. Con respecto a niños y adolescentes, en el grupo de 12 a 17 años la cobertura alcanzó a 37,3%, en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es de 12,7% y en el grupo de 3 a 4 años (incorporado en la SE 31) la cobertura es de 2,4%.

Durante el transcurso del mes de octubre de 2022, en un establecimiento ganadero de Carlos Casares, hubo un brote aislado de carbunco bovino. El rebaño general estaba formado por 1.010 bovinos, pero el lote afectado fue el de vaquillas, compuesto por 225 bovinos, de los cuales 15 murieron en un periodo de 12 días, aunque los animales habían sido vacunados, casi 11 meses antes.

Esta área geográfica, durante 2019, también sufrió brotes de carbunco bovino. El veterinario actuante afirmó que las características clínicas de las muertes no eran las propias del carbunco, ya que los animales examinados no presentaban extravasación de sangre por orificios naturales ni esplenomegalia. Esto justificó el envío de una muestra de hueso metatarsiano tras el quinto fallecimiento para realizar un diagnóstico bacteriológico, del que se aisló e identificó *Bacillus anthracis*.

Los animales muertos fueron cubiertos con cal y nailon (tapado controlado) y de esta manera permanecerán durante 260 días hasta que se complete la reducción de la materia orgánica. Luego se llevará a cabo la cremación en lugar del material cadavérico residual.

El rebaño fue inmunizado con la vacuna de cepa Sterne. Después de 15 días, en noviembre, y debido a la muerte súbita de otros dos bovinos del mismo lote, se reiteró el diagnóstico y se aisló nuevamente *Bacillus anthracis*. El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) intervino y aplicó las normas vigentes en la Ley 3959, evaluando la vacunación de los establecimientos aledaños. De la misma manera actuó la autoridad sanitaria de la provincia de Buenos Aires, aplicando la Ley 6703/61 y la Resolución: MAA115/14, que exige la vacunación del ganado bovino anualmente.



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS BROTES DE INFLUENZA AVIAR Y SUS IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA EN LA REGIÓN

03/12/2022

Resumen de la situación

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud Animal (OMSA), la temporada epidémica de la influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) continúa con brotes en aves de corral y brotes notificados en otras aves, principalmente en las Regiones de Europa y América. En el periodo epidémico actual, el subtipo A(H5N1) es el predominante y por primera vez se ha registrado una persistencia inusual del virus en aves silvestres durante los meses de verano.

De acuerdo con el patrón estacional de IAAP¹, se espera que la cantidad de brotes aumente en los próximos meses y la OMSA recomendó que los países mantengan y fortalezcan sus esfuerzos de vigilancia, las medidas de bioseguridad en granjas y continúen con la notificación oportuna de brotes de influenza aviar tanto en aves como en especies no-aves. La calidad de la vigilancia es clave para la detección temprana y la respuesta oportuna ante amenazas potenciales a la salud animal con impacto en la salud pública.

Situación epidemiológica en la Región de las Américas

Hasta la semana epidemiológica (SE) 48 de 2022, las autoridades de agricultura de Canadá, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Perú y Venezuela han detectado brotes de virus IAAP A(H5) en aves domésticas, aves de granja y aves silvestres, que fueron notificados a la OMSA.

- **Canadá:** Hasta el 23 de noviembre de 2022, se han notificado múltiples brotes de IAAP A(H5N1) en aves de corral y otras aves (incluidas aves silvestres) en las provincias de Alberta, British Columbia, Manitoba, New Brunswick, Newfoundland and Labrador, Nova Scotia, Ontario, Quebec y Saskatchewan. Hasta la fecha, no se han identificado casos confirmados de influenza aviar A(H5N1) en humanos en los brotes identificados.
- **Colombia:** Entre el 19 de octubre y el 30 de noviembre de 2022, el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) identificó 22 brotes de IAAP A(H5N1), 13 desde el 19 de noviembre. Del total de focos, cinco se identificaron en la zona rural del distrito de Cartagena (departamento de Bolívar), siete en la zona rural y peri-urbana del municipio de Acandí (departamento de Chocó), cuatro en el área rural del municipio de Cereté y dos en el municipio de Lórica (departamento de Córdoba), uno en el municipio de El Retén (departamento de Magdalena) y dos en el área rural del municipio de Los Tolviejo (departamento de Sucre).

¹ Los virus de la influenza aviar se clasifican en virus de la influenza aviar de baja patogenicidad (IABP) y virus de la influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP), según su capacidad para causar enfermedad en las aves.

Los focos se han identificado en aves de traspatio que tuvieron contacto con aves silvestres que viajaban a lo largo de las rutas migratorias hacia el sur del continente. Hasta la fecha, no se han identificado casos confirmados de influenza aviar A(H5N1) en humanos en los brotes identificados.

- **Ecuador:** El 25 de noviembre de 2022, el Ministerio de Agricultura y Ganadería del país detectó un foco de influenza aviar A(H5) en una granja de producción avícola en la provincia de Cotopaxi. La detección es el resultado de los controles que periódicamente se efectúan y que se incrementaron ante la detección de IAAP A(H5) en varios países de la Región. Hasta la fecha, no se han identificado casos confirmados de influenza aviar A(H5N1) en humanos en el brote identificado.
- **Estados Unidos:** Entre fines de 2021 y el 30 de noviembre de 2022, se notificaron brotes del virus IAAP A(H5) en aves acuáticas silvestres, y aves de corral comerciales y de traspatio. Estas son las primeras detecciones de virus de influenza aviar A(H5) desde 2016. La secuenciación genética preliminar y las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en algunas muestras de virus muestran que éstos corresponden al virus IAAP A(H5N1) del clado 2.3.4.4. Durante el mismo período, se informaron brotes de IAAP en aves silvestres en 47 estados y en aves de corral en 46 estados.

El 28 de abril de 2022, se identificó un caso de influenza A(H5N1) en Estados Unidos en una persona que participó en el sacrificio de aves en una instalación avícola comercial en Colorado, donde se detectó el virus de la influenza A(H5N1) en aves. Este fue el segundo caso humano asociado con este grupo específico de virus H5 que predomina actualmente, y el primer caso en Estados Unidos. El paciente fue aislado y tratado con antivirales, no requirió hospitalización y se recuperó por completo. En este evento, no se identificó evidencia de transmisión de persona a persona del virus de influenza A(H5N1).

- **México:** Entre octubre y 11 de noviembre de 2022, el Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA) identificó brotes de IAAP A(H5N1) en aves de traspatio, granjas avícolas y aves silvestres. Los focos en aves silvestres se identificaron en humedales de los estados de México y Jalisco, así como en Texcoco (reserva natural protegida) y en parques de Baja California, Aguascalientes y Puebla. Se identificaron focos en aves provenientes de granjas avícolas en los estados de Nuevo León, Sonora, Aguascalientes y Jalisco, así como en granjas de traspatio en los estados de Chiapas, Chihuahua y de México. Hasta la fecha, no se han identificado casos humanos confirmados de influenza aviar A(H5N1) asociados con estos brotes.
- **Perú:** En 2022, hasta el 22 de noviembre, se identificaron diferentes focos de IAAP A(H5) en pelícanos peruanos (*Pelecanus thagus*) en la playa Cangrejos del departamento de Piura. Adicionalmente se han encontrado casos similares en la playa Pimentel y en los humedales de San José, ambos en el departamento de Lambayeque, y en la playa de Puerto Viejo, departamento de Lima. El laboratorio del Departamento de Virología y Enfermedades Emergentes de la Unidad Naval Seis de Investigaciones Médicas (NAMRU-6) remitió el resultado preliminar de las muestras del primer caso en Piura, la cual ha sido subtipificada como influenza aviar A(H5N1).
- **Venezuela:** El 29 de noviembre de 2022, producto de las actividades de inspección y vigilancia epidemiológica, el Ministerio del Poder Popular para la Agricultura Productiva y Tierras, identificó un foco de IAAP en pelícanos en Puerto Piritu, al oeste del estado de Anzoátegui. Los estudios moleculares detectaron el virus influenza A(H5), siendo esta la pri-

mera vez que se detecta la IAAP en Venezuela. La caracterización molecular de la neuraminidasa se encuentra en proceso.

Del total de brotes de influenza aviar notificados en la Región de las Américas en 2022, a la SE 48 solo se ha identificado un caso de IAAP correspondiente a la detección de influenza A(H5N1) en una persona que participó en el sacrificio de aves en una instalación avícola comercial en Estados Unidos.

Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Al menos nueve casos de enfermedad de Chagas contraída por transmisión oral se reportaron en el barrio Pratinha de Belém, Pará, informó la Secretaría Municipal de Salud (SESMA). La confirmación la hizo el Instituto Nacional de Infectología 'Dr. Evandro Serafim Lobo Chagas', y la sospecha es que los pobladores enfermaron al consumir açai contaminado.

“Todos los pacientes refieren haber consumido açai antes de presentar los signos y síntomas característicos de la enfermedad”, informó la prefectura.

En toda la ciudad de Belém, se han reportado 11 casos de la enfermedad hasta el 11 de noviembre, según la prefectura de Belém.

Con la confirmación de casos en el barrio Pratinha, la vigilancia sanitaria se refuerza en la zona y 13 puntos de venta de açai recibirán una visita técnica de la Secretaría Municipal de Vigilancia Sanitaria.

Además de los casos confirmados, otros casos están bajo investigación, según la prefectura, sin detallar el número.

“La División de Vigilancia Epidemiológica continúa notificando e investigando otros posibles casos, mientras agentes de control de endemias, de la División de Control de Endemias, recolectan muestras de sangre en la zona para el diagnóstico”, informó la Secretaría de Salud.

Belém es el municipio que registra el mayor número de casos de la enfermedad aguda en todo Brasil, según la Universidad del Estado de Pará.

La SESMA recomendó que toda persona que haya consumido açai y presente síntomas como fiebre prolongada durante más de siete días, acompañada de dolores de cabeza y de cuerpo, debilidad intensa, aparición de nódulos, diarrea, vómitos, irritabilidad e hinchazón de la piel (principalmente en cara y piernas), debe buscar una unidad de salud.

Según la prefectura, los pacientes del barrio Pratinha con resultado positivo para la enfermedad están siendo derivados a consultas cardiológicas en el Hospital de Clínicas 'Dr. Gaspar de Oliveira Vianna'. Los servidores de las unidades de salud del barrio Pratinha también fueron asesorados sobre posibles nuevos casos de la enfermedad que puedan surgir.

Según la SESMA, el 11 de noviembre se distribuyó información a la población en los barrios de la capital de Pará con consejos sobre prevención y sobre lugares habilitados para realizar la prueba de la enfermedad de Chagas.

El Sistema Único de Salud (SUS) ofrece el tratamiento para la enfermedad.

El jugo artesanal de açai –fruto de una palmera (*Euterpe oleracea*) que crece en estado silvestre en la selva lluviosa de la región Norte de Brasil– es una de las principales fuentes de infección por *Trypanosoma cruzi*, parásito causante de la enfermedad de Chagas, cuyo vector es un insecto conocido bajo diversos nombres en Latinoamérica (vinchuca, chinche, chirimacha, barbero).

La infección por el consumo del açai ocurre cuando por accidente el insecto o sus heces infectadas son triturados con el fruto en batidoras artesanales. El contacto del insecto con el fruto ocurre durante su procesamiento y almacenamiento. Mantenido en cestos abiertos, el açai fermenta, generando dióxido de carbono, lo que atrae al insecto causante de la enfermedad.

El aumento de los casos de enfermedad de Chagas en Pará, uno de los estados que más consumen jugo de açai en Brasil, está asociado a la época de cosecha de este fruto, entre los meses de agosto y diciembre. Una evaluación de los registros estatales de la enfermedad entre 2000 y 2016 demostró que en este periodo se confirmaron 2.030 de los 16.807 casos reportados en el estado, con una mayor incidencia durante el segundo semestre del año. La evaluación de los números absolutos de casos confirma-

dos sugiere que la infección por vía oral aumentó a lo largo del período, a diferencia de lo que se registró en términos de vías de infección vectorial u otras.

El fruto del açaí es muy consumido en todo Brasil, sobre todo en la Región Norte del país. Según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, 54% de la producción nacional (800.000 toneladas anuales) proviene de 13.000 productores del estado de Pará.

En Belém, capital de Pará, se estima que durante el periodo de cosecha se consumen 200.000 litros por día del jugo de açaí, el doble de lo que se toma en otras temporadas, siendo el segundo alimento más consumido en la ciudad. Parte de la producción local es exportada a otras regiones del Brasil e incluso a Estados Unidos y países de Europa.

La enfermedad de Chagas es uno de los mayores problemas de salud pública en los países y estados situados en la región amazónica, causando incapacidad en personas infectadas y más de 10.000 muertes por año.

Los casos de la enfermedad crecen sistemáticamente, específicamente en la región Norte del Brasil. Según un boletín de 2015 del Ministerio de Salud, entre 2000 y 2013 se confirmaron 812 casos de transmisión oral de la enfermedad de Chagas en el estado de Pará. Sin embargo, todo indica que estos números están subestimados, porque según los registros estatales, solamente entre 2007 y 2013 se confirmaron 851 casos de transmisión oral en Pará.

Una forma de evitar la contaminación por el consumo del açaí es acondicionar los frutos correctamente y sumergirlos en agua hirviendo por diez segundos y luego rociarles agua fría para producir un choque térmico. A pesar de que este procedimiento es obligatorio para los batidores artesanales desde 2012, la práctica aún no es usada en la región.

Los riesgos de contaminación mediante el consumo del açaí fuera de la región son bajos, porque los jugos exportados a otras regiones o al exterior son sometidos obligatoriamente a procesos de pasteurización.

La subvariante XBB de Omicron fue responsable de más de 5% de las infecciones por el SARS-CoV-2 esta semana, frente a 4% de los casos la semana anterior y casi 3% dos semanas atrás, según la [actualización](#) semanal de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

XBB es una combinación de las subvariantes BA.2.10.1 y BA.2.75 de Omicron. Su prevalencia está creciendo junto con las de BQ.1.1 y BQ.1, a medida que disminuye la de BA.5.

XBB también está aumentando ligeramente a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). La semana pasada aumentó de más de 2% de los casos en todo el mundo a casi 4%, según el [informe](#) semanal de COVID-19 de la organización.

La OMS dijo en un comunicado en octubre que XBB no parece ser más grave que otras subvariantes de Omicron. Pero agregó que hay evidencia preliminar de que XBB presenta un mayor riesgo de reinfección en comparación con los otros sublinajes.

“Si el aumento del escape inmunitario de XBB es suficiente para impulsar nuevas oleadas de infección parece depender del panorama inmunitario regional, afectado por el tamaño y el momento de las oleadas previas de Omicron, así como la cobertura de vacunación contra la COVID-19”, dijo la OMS en un [comunicado](#).

El destacado experto en enfermedades infecciosas Anthony Stephen Fauci dijo la semana pasada que XBB no condujo a un aumento importante en las hospitalizaciones en Singapur, donde se detectó por primera vez en agosto.

“Una cosa que nos animó al observar lo que ocurrió en otros países, como Singapur, que tuvieron un aumento importante en el número de casos, causado por XBB, pero no tuvieron un incremento concomitante en las hospitalizaciones”, dijo Fauci.

Pero agregó que XBB tiene una mayor capacidad para escapar de la protección proporcionada por las vacunas. “Podría esperarse algo de protección, pero no la protección óptima” dijo Fauci.

Mientras tanto, la transmisión de la COVID-19 en Estados Unidos va en aumento, según [datos](#) de los CDC. La tendencia emergió después de que muchos se reunieran para el feriado de Acción de Gracias y más personas permanezcan en espacios interiores a medida que se extiende el clima frío.

La administración del presidente Joseph Robinette Biden Jr. [intensificó sus esfuerzos](#) para que más estadounidenses reciban vacunas de refuerzo actualizadas que se dirijan a BA.4 y BA.5, así como a la cepa original del SARS-CoV-2, con la esperanza de evitar una posible ola de COVID-19 en otoño e invierno.

Pero la aceptación del refuerzo no ha sido lo que los [expertos esperaban](#): menos de 13% de los estadounidenses elegibles han recibido la vacuna hasta el momento.

En Haití, el 2 de octubre de 2022, las autoridades de salud notificaron dos casos confirmados de infección por *Vibrio cholerae* O1 en la zona metropolitana de Port-au-Prince, después de tres años sin que se notificaran casos confirmados en el país.

Durante el brote en curso, hasta el 29 de noviembre de 2022, el Ministerio de Salud Pública y Población de Haití (MSPP) notificó 12.984 casos sospechosos en 10 departamentos, de los cuales 1.096 casos fueron confirmados por laboratorio (en ocho departamentos), incluyendo 244 defunciones confirmadas (la tasa de letalidad entre casos sospechosos es de 1,88%).

Adicionalmente, hasta el 21 de noviembre de 2022, el Ministerio de Salud Pública de República Dominicana notificó dos casos confirmados de cólera, ambos importados desde Haití.

Haití enfrenta una crisis humanitaria compleja que se deteriora rápidamente debido a los conflictos socio-políticos, la inseguridad, la escasez de combustible, así como la inestabilidad económica, que a su vez condicionan el acceso a los servicios de salud y a los servicios básicos de agua y saneamiento, así como provocan interrupciones en el suministro de alimentos y agua.

Desde septiembre de 2022, las protestas y los actos de violencia de los grupos armados han recrudecido, lo cual limita aún más el acceso de los trabajadores de salud a zonas vulnerables que están bajo el control de grupos armados. Esto, en consecuencia, resulta en una detección y respuesta tardía a brotes, afectando seriamente las actividades de respuesta y permitiendo que se establezcan cadenas de transmisión y, por tanto, constituyéndose en un reto para los esfuerzos de control y mitigación. Existen desafíos significativos en la vigilancia epidemiológica, que a su vez llevan a un evidente subregistro de casos. En este complejo escenario, es importante tomar en cuenta dicho sesgo al analizar la situación epidemiológica del brote de cólera con los datos oficiales disponibles.

La respuesta de las organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la Organización de Naciones Unidas que trabajan con las autoridades de salud de Haití para contener la epidemia de cólera también se encuentra obstaculizada por la compleja situación en el país, y la mayoría de los centros de tratamiento del cólera operan al límite de su capacidad.

Actualmente, gran parte de Haití enfrenta una creciente inseguridad alimentaria, los niños con desnutrición aguda tienen al menos tres veces más probabilidades de muerte por cólera. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), aproximadamente 100.000 menores de cinco años sufren de desnutrición aguda severa por lo que son especialmente vulnerables al brote de cólera.

Hasta el 7 de octubre de 2022, los grupos armados han desplazado a aproximadamente 20.000 personas, incluyendo 8.200 niños, los cuales viven actualmente en casas de familiares o albergues temporales, en condiciones de hacinamiento y falta de acceso a servicios básicos.

Adicionalmente, existe una gran demanda mundial de suministros y vacunas para la respuesta al cólera debido a los brotes existentes en 29 países. En consecuencia, las limitaciones a nivel global en la cadena de suministro retrasan y dificultan la respuesta operativa a la epidemia de cólera en Haití. Así, también obligó al Grupo de Coordinación Internacional (ICG) a

suspender temporalmente el suministro estándar de dos dosis para el esquema de vacunación en campañas de respuesta a brotes de cólera, utilizando en su lugar un enfoque de dosis única. La eficacia de una estrategia de dosis única es baja entre los menores de 5 años, que son los más afectados en Haití.

Considerando la magnitud y amplia dispersión de la epidemia de cólera que está en curso en Haití, en conjunción con la crisis humanitaria compleja que enfrenta actualmente el país, los recursos limitados para el control de la epidemia, así como el flujo migratorio constante hacia República Dominicana, el riesgo en la isla La Española se evalúa como “muy alto”.

En la Región de las Américas, considerando el flujo migratorio constante desde Haití a países y territorios de la Región, la heterogénea capacidad de los Estados Parte para detectar y responder ante brotes de cólera, así como el agotamiento de los trabajadores de salud por las emergencias de salud pública concurrentes, el riesgo regional se evalúa como “moderado”.

Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).



CHINA

CASO HUMANO DE INFLUENZA AVIAR A(H5N1)
EN QINZHOU, PROVINCIA DE GUANGXI

21/10/2022

El 21 de octubre de 2022, el Centro para la Protección de la Salud (CHP) del Departamento de Salud de la Región Administrativa Especial de Hong Kong está siguiendo de cerca un caso humano de influenza aviar A(H5N1) en China continental, e instó a la población a mantener una estricta higiene personal, alimentaria y ambiental tanto localmente como durante sus viajes.

El caso involucra a una mujer de 38 años que vivía en Qinzhou, provincia de Guangxi, que estuvo expuesta a aves de corral vivas antes del inicio de los síntomas, lo cuales comenzaron el 22 de septiembre. Fue ingresada para recibir tratamiento el 25 de septiembre, y falleció el 18 de octubre.

Desde 2005 hasta la fecha, las autoridades sanitarias de China continental han notificado 54 casos humanos de influenza aviar A(H5N1).

“Todas las nuevas infecciones de influenza A, incluida la A(H5N1), son enfermedades infecciosas de notificación obligatoria en Hong Kong”, dijo un portavoz del CHP.

Los viajeros al continente u otras áreas afectadas deben evitar visitar mercados húmedos, mercados de aves vivas o granjas. Deben estar alertas a la presencia de aves de corral de traspaso cuando visiten a familiares y amigos. También deben evitar comprar aves de corral vivas o recién sacrificadas y evitar tocar aves de corral/aves o sus excrementos. Deben observar estrictamente la higiene personal y de manos cuando visiten cualquier lugar con aves vivas.

Los viajeros que regresan de las áreas afectadas deben consultar a un médico de inmediato si desarrollan síntomas e informar al médico sobre su historial de viaje para un diagnóstico y tratamiento rápidos de posibles enfermedades. Es fundamental comunicar si se ha estado en contacto con algún ave viva durante el viaje, lo que puede implicar una posible exposición a ambientes contaminados. Esto permitirá que el médico evalúe la posibilidad de influenza aviar y organice las investigaciones necesarias y el tratamiento adecuado de manera oportuna.

Mientras se implementan las 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 último informe del brote de cólera en El Líbano indica que la enfermedad se está extendiendo por las ocho gobernaciones del país y por 20 de los 26 distritos. El número de casos sospechosos está aumentando gradualmente en todas las áreas afectadas. Hasta el 26 de noviembre, se ha notificado un total de 4.337 casos sospechosos y confirmados de cólera, junto con un total de 20 muertes asociadas, lo que da como resultado una tasa de letalidad de 0,46%. No se han registrado nuevas muertes en el último período. El 45% de los casos sospechosos y confirmados tiene menos de 15 años, el 15% tiene entre 15 y 24 años, el 22% tiene entre 25 a 44 años, el 11% tiene entre 45-64 y el 7% tiene 65 años o más.

En general, el 20% de los casos sospechosos y confirmados han requerido hospitalización. En todo el país, actualmente hay 50 camas ocupadas con pacientes bajo tratamiento por cólera. La mayoría de los casos continúan notificándose predominantemente en Akkar y en North, y en menor medida en Mount Lebanon, Bekaa y Baalbek-Hermel. Los hospitales de Trípoli, Halba y Minieh siguen recibiendo un gran número de pacientes con cólera. Hasta el momento, se enviaron 1.013 muestras sospechosas de materia fecal y aguas residuales al centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud y a los laboratorios de referencia del Hospital Universitario 'Rafik Hariri'. De estas muestras, 438 fueron positivas para cólera.

El serotipo *Vibrio cholerae* O1 biotipo El-Tor serotipo Ogawa fue identificado como la cepa circulante actualmente en El Líbano, similar a la que circula en la región.

En Zamboanga, provincia de Timog Sambuangga, Filipinas, la Oficina de Salud de la Ciudad (CHO) registró 141 casos de leptospirosis con 26 muertes desde enero de este año.

“Tenemos un total de 26 muertes reportadas, que dan una tasa de letalidad de 18%”, dijo el 2 de diciembre la Dra. Dulce Amor Miravite, jefa de la CHO.

Miravite dijo que la mayoría de las personas infectadas tienen entre 20 y 29 años, mientras que 120 (86%) de los 141 casos son hombres.

Agregó que 62 de los 141 casos se registraron después del aguacero de dos días del tifón Paeng de los días 27 y 28 de octubre.

El Dr. Elmeir Jade Apolinario, jefe de la Oficina de Gestión y Reducción del Riesgo de Desastres de la ciudad, dijo anteriormente que la inundación afectó a 56 de los 98 barangays de Zamboanga.

Miravite dijo que la mayoría de los casos se reportaron en los barangays de Tumaga, Pasonanca, Guiwan, Tetuan, Tugbungan, Santa Maria, Ayala, Talon-Talon y Tulungatung.

Mientras tanto, el gobierno local ha lanzado sesiones informativas en diferentes barangays en medio del aumento de los casos de leptospirosis.

Las sesiones de información están siendo conducidas por el Equipo de Comunicaciones de Riesgo de la Ciudad para inculcar la conciencia pública sobre enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos, enfermedades tipo influenza, leptospirosis y dengue.



Zamboanga (con una población de 977.234 habitantes en 2020) es una ciudad en la región de Tangway ng Zamboanga de Filipinas, en el extremo occidental de la isla de Mindanao; es el centro comercial e industrial de la región.

El 6 de noviembre de 2022, un informe indicaba un total de 20 casos de leptospirosis en lo que iba de 2022, con una tasa de letalidad de 50%; el informe anticipaba que habría más casos después del tifón Paeng a fines de octubre de 2022. La noticia actual informa que el total de casos de leptospirosis es ahora de 141 (con una tasa de letalidad de 18,44%) en lo que va de 2022, de los cuales 62 se registraron después de las inundaciones provocadas por el tifón Paeng, lo que implica que 79 casos ocurrieron en la ciudad de Zamboanga antes del tifón. No se indica el número de casos sospechosos versus confirmados por laboratorio. Quizás esto explique la discrepancia en el número de casos.

La leptospirosis es una infección zoonótica causada por espiroquetas que ocurre en todo el mundo y se transmite a los humanos por exposición a la orina de animales infectados o al suelo o agua dulce contaminada con la orina de animales salvajes y domésticos (incluidos perros, vacas, cerdos y especialmente roedores) crónicamente infectados con *Leptospira* patógena. Estas bacterias pueden sobrevivir en agua de inundación contaminada o suelo húmedo durante semanas o meses.

En caso de exposición a agua de inundación contaminada y suelo húmedo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos recomiendan medidas preventivas como la quimioprofilaxis con doxiciclina; usar ropa protectora, especialmente calzado; y cubrir cortes y abrasiones con apósitos oclusivos.

Se estima que la cantidad de personas que viven con el VIH en India es de alrededor de 2,4 millones, siendo Maharashtra, Andhra Pradesh y Karnataka los estados que reportan las mayores cifras, según el informe *Estimaciones para VIH en India 2021*.

Según el informe del Ministerio de Salud de la Unión, las nuevas infecciones anuales en 2021 se estiman en alrededor de 63.000, una disminución de 46,3% desde 2010. Se observó una tendencia a la baja en la mayoría de los estados, con la disminución más rápida observada en Himachal Pradesh (43%), Tamil Nadu (72%) y Telangana (71%).



Sin embargo, se informaron nuevas infecciones en Tripura, Meghalaya, Arunachal Pradesh, Assam, Sikkim y Mizoram, y también en Daman and Diu y Dadra and Nagar Haveli. Además, el año pasado las muertes relacionadas con el sida se estimaron en alrededor de 42.000, una disminución de 75,5% entre 2010 y 2021, según el informe.

“Se observa una tendencia a la baja en todos los estados y territorios de la unión, excepto Puducherry, Arunachal Pradesh, Meghalaya y Tripura. La mayor disminución de muertes relacionadas con el sida se estima en Chandigarh, Telangana y West Bengal”, según el informe.

Hekali Zhimomi, director general de la Organización Nacional de Control del Sida, dijo que “las nuevas infecciones anuales por el VIH disminuyeron 46% entre 2010 y 2021 frente al promedio mundial de 32%. La mortalidad relacionada con el sida ha disminuido 76% frente al promedio mundial de 52%”.

El informe establece que, en general, la prevalencia estimada del VIH en adultos (de 15 a 49 años) ha ido disminuyendo en India desde el pico de la epidemia en 2000, cuando se estimó en 0,55%. Bajó a 0,32% en 2010 y a 0,21% en 2021. “En 2021, la prevalencia del VIH entre la población masculina adulta se estimó en 0,22%, mientras que entre la población femenina adulta fue de 0,19%”, dice el informe.

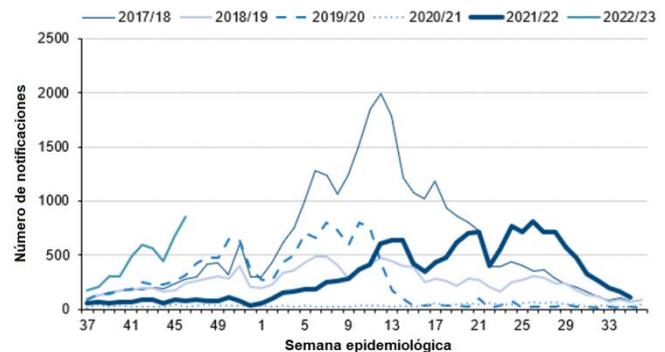
Agregó que se estima que los adultos mayores de 15 años que viven con el VIH representan 97% de las infecciones (más de 2,3 millones). Los jóvenes (15-24 años) representan 7% (170.000 personas) del total de los que viven con el VIH en India. Alrededor de 55% de las personas que viven con el VIH son hombres.

Se estima que el número anual de nuevas infecciones por el VIH superó las 63.000 en 2021. Los mayores de 15 años representaron 92% (más de 58.000) de las nuevas infecciones, mientras que los niños (de 0 a 14 años) representaron 8%.

Según el director de NACO, el Ministerio de Salud indio tiene como objetivo reducir las nuevas infecciones anuales por el VIH y las muertes relacionadas con el sida en 80% para 2025-26, de modo que el sida como amenaza para la salud pública termine en India para 2030.

Las notificaciones y [consultas médicas](#) por escarlatina en Inglaterra son más altas de lo normal para este punto de la temporada, después de permanecer elevadas en la [temporada anterior](#) más tarde de lo esperado.

Las notificaciones de la enfermedad invasiva por estreptococo del grupo A (iGAS) siguen una tendencia similar y son ligeramente más elevadas de lo esperado para esta época del año. Se observan tasas relativamente más altas de iGAS en niños, que pueden reflejar [aumentos en los virus respiratorios](#).



Notificaciones semanales de escarlatina. Inglaterra. Temporadas 2017/18 a 2022/23. Fuente: Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido.

Dado el potencial de presentaciones graves en los niños, sigue siendo importante que los casos de escarlatina se traten de inmediato con antibióticos para limitar una mayor propagación y reducir el riesgo de posibles complicaciones en los casos y sus contactos cercanos. Debido a estas complicaciones poco comunes pero potencialmente graves, los médicos y el personal de protección de la salud deben seguir teniendo en cuenta los posibles aumentos de la enfermedad invasiva y mantener un alto grado de sospecha clínica al evaluar a los pacientes, en particular aquellos con una infección viral anterior (incluida la varicela), o contactos cercanos de casos de escarlatina.

De acuerdo con la [guía nacional](#), la notificación inmediata de los casos y brotes de escarlatina a las oficinas locales de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA), la obtención de frotis de garganta (antes de comenzar con los antibióticos) cuando no se esté seguro del diagnóstico, y la exclusión de los casos de la escuela o el trabajo hasta 24 horas después de haber recibido el tratamiento antibiótico, siguen siendo herramientas esenciales para limitar la propagación.

Escarlatina

Luego de una actividad de escarlatina más alta de lo esperado en el verano en Inglaterra, con una caída durante agosto, las notificaciones durante la primera parte de la temporada actual² están aumentando nuevamente y permanecen por encima de lo que normalmente se observa en esta época del año.

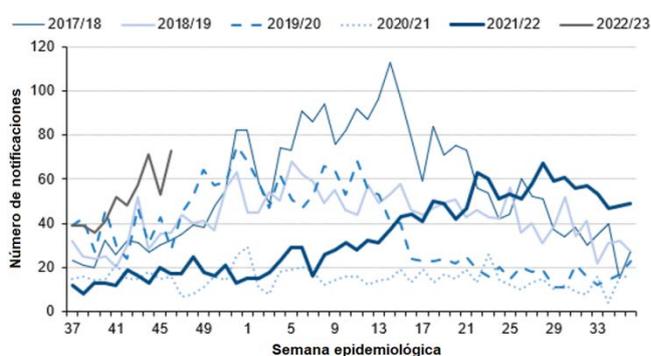
Se recibieron un total de 4.622 notificaciones de escarlatina desde la semana epidemiológica (SE) 37 a la 46 de esta temporada (2022 a 2023) en Inglaterra, con 851 notificaciones recibidas en la SE 46. Esto se compara con un promedio de 1.294 (rango de 258 a 2.008) para este mismo período (SE 37 a 46) en los cinco años anteriores.

Las notificaciones de escarlatina hasta la fecha en esta temporada mostraron una variación considerable en Inglaterra, oscilando entre 3,9 (Londres) y 13,0 (North West) cada 100.000 habitantes.

² La temporada actual, 2022/2023, transcurre desde mediados de septiembre de 2022 hasta mediados de septiembre de 2023.

Infección invasiva por estreptococo del grupo A

Al igual que con la escarlatina, durante la última parte de la temporada pasada (2021/2022), los niveles de notificaciones de iGAS en Inglaterra fueron más altos de lo esperado. Las notificaciones de laboratorio de iGAS en lo que va de la temporada (SE 37 a 46 de 2022) son más altas de lo esperado. En lo que va de temporada, ha habido 509 notificaciones de la iGAS a través de la vigilancia de laboratorio en Inglaterra, con un máximo semanal de 73 notificaciones en la SE 46.



Notificaciones semanales de enfermedad invasiva por estreptococo del grupo A. Inglaterra. Temporadas 2017/18 a 2022/23. Fuente: Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido.

Las notificaciones de laboratorio de iGAS son más altas que las registradas en las últimas cinco temporadas (promedio de 248, rango de 142 a 357 notificaciones).

Durante la temporada actual, hasta la fecha, las tasas más altas hasta el momento se registraron en la región de Yorkshire and the Humber (1,4 cada 100.000 habitantes), seguida de las regiones North East, South East y North West (cada una con 1,0 cada 100.000 habitantes). La tasa más alta se dio en el grupo etario de 75 años y más (2,4 cada 100.000 habitantes), seguido por el de 1 a 4 años (2,3) y el de 1 año y menos (1,3).

La tasa de iGAS en este punto de la temporada es mayor en todos los grupos de edad en comparación con el promedio previo a la pandemia.

La mediana de edad de los pacientes con infección por iGAS fue de 50 años (rango de 1 año y menos, a 102 años), ligeramente inferior al rango observado en este punto en las cinco temporadas previas (edad de 54 a 57 años); el 21% de las infecciones por iGAS reportadas en lo que va de la temporada son en niños (menores de 10 años), un rango más alto que el observado en las últimas cinco temporadas (5% a 11%).

En lo que va de la temporada, se han registrado cinco muertes dentro de los siete días posteriores a un diagnóstico de infección por iGAS (por cualquier causa) en niños menores de 10 años. Esto se compara con cuatro muertes en el mismo período en la temporada 2017/2018 (antes de la pandemia), la última temporada alta de infección por GAS.

Los resultados de susceptibilidad a los antimicrobianos de la vigilancia de laboratorio de rutina en lo que va de la temporada indican resistencia a la tetraciclina en 25% de los aislamientos de sitios estériles de GAS; esto es más bajo que en este punto de la temporada pasada (45%). Las pruebas de susceptibilidad de los aislamientos de iGAS frente a la eritromicina indicaron que 7% eran resistentes (en comparación con el 19% de la última temporada), y para la clindamicina, 7% eran resistentes en este punto de la temporada (16% la última temporada). Los aislamientos permanecieron universalmente susceptibles a la penicilina.

El análisis de los aislados de iGAS en el laboratorio de referencia indica una amplia gama de tipos de secuencias del gen emm identificados entre octubre y noviembre de 2022. Los resultados indican que el emm 1 es el más común (24% de las derivaciones), seguido del emm 12 (20%), el emm 89 (8%), el emm 108 y el emm 33 (5% cada uno). En menores de 15 años la emm 12 y la emm 1 han dominado en 2022, representando 39% y 35% respectivamente. En cambio, durante 2021, la emm 89 fue la identificada con mayor frecuencia (13%), seguida de la emm 108 (12%) y la emm 66 (11%).

Conclusión

Ha habido un fuerte aumento en la notificación de la escarlatina y las [consultas al médico de cabecera](#) a principios de la temporada 2022/2023, más pronunciado de lo que se esperaría en esta época del año. La tasa de notificaciones de infección por iGAS sigue un aumento similar pero menos pronunciado, con una tendencia de incidencia semanal ligeramente superior a lo esperado en este punto de la temporada.

En niños menores de 10 años, la tasa de infección por iGAS ha sido más alta que los niveles informados en los años anteriores a la pandemia de COVID-19, pero sustancialmente más alta que en los últimos dos años. Se están realizando investigaciones luego de los informes de un aumento en las infecciones por GAS del tracto respiratorio inferior, particularmente empíma, en niños durante las últimas semanas.

Es probable que los niveles elevados de iGAS en niños en comparación con el período en el que se aplicaron estas medidas de control pandémico se deban a la mayor actividad de la escarlatina dado el cruce de cepas asociadas en ambas presentaciones.

Se recomienda el tratamiento inmediato de la escarlatina con antibióticos para reducir el riesgo de posibles complicaciones y limitar la transmisión posterior. Se están enviando mensajes de salud pública para fomentar la consulta médica para la evaluación clínica de pacientes con [síntomas específicos](#) (por ejemplo, sarpullido). Se recuerda a los médicos de cabecera y otro personal clínico de primera línea el mayor riesgo de enfermedad invasiva entre los contactos domésticos de los casos de escarlatina.

Los médicos deben seguir siendo conscientes de los posibles aumentos de la enfermedad invasiva y mantener un alto índice de sospecha en los pacientes relevantes y brindar consejos de seguridad según corresponda, ya que el reconocimiento temprano y el inicio inmediato de una terapia específica y de apoyo para pacientes con infección por iGAS pueden ser vitales.

Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Hace más de un siglo, la escarlatina era considerada una enfermedad potencialmente letal causada por el estreptococo del grupo A (GAS, también conocido como *Streptococcus pyogenes*). Sin embargo, la mortalidad y la morbilidad de la escarlatina disminuyeron mucho antes de que los antibióticos estuvieran disponibles. Desde el advenimiento de la terapia con antibióticos, la tasa de mortalidad de la escarlatina tratada ha sido inferior a 1%, aunque todavía se producen brotes comunitarios. Sin embargo, a diferencia de la escarlatina, que es una forma no invasiva de la infección por GAS, las infecciones invasivas por GAS (que incluyen bacteriemia, fascitis necrosante, síndrome de shock tóxico, endocarditis, sepsis puerperal, neumonía y meningitis) son graves y, a menudo, potencialmente mortales.

La escarlatina generalmente se asocia con faringitis estreptocócica concurrente, pero puede estar asociada con una infección estreptocócica en otros sitios. La erupción cutánea característica y la lengua roja características de la escarlatina son causadas por una exotoxina liberada por cepas de *S. pyogenes*. Las complicaciones de la escarlatina incluyen la diseminación local de la infección faríngea estreptocócica que afecta a los ganglios linfáticos regionales, los tejidos retrofaríngeos, el oído medio y los senos paranasales, y enfermedades inmunomediadas como la fiebre reumática aguda y la glomerulonefritis postestreptocócica. Sin embargo, rara vez ocurren complicaciones sépticas de la escarlatina debido a la propagación de GAS en el torrente sanguíneo, como meningitis, artritis piógena y endocarditis.

La incidencia de enfermedad faríngea por GAS es más alta en niños en edad escolar (5 a 15 años), durante el invierno y la primavera, y en un entorno de hacinamiento y contacto cercano. La propagación de persona a persona de pacientes infectados por medio de gotitas respiratorias es el modo de transmisión más común. Rara vez se puede propagar a través de alimentos contaminados.

La proteína de superficie M es el principal factor de virulencia somática de GAS, que se ha dividido en serotipos según las diferencias antigénicas en la molécula de proteína M. Más recientemente, los GAS se tipifican sobre la base del análisis de secuencia de la porción del gen emm que codifica la seroespecificidad M.

Afganistán

- Esta semana se notificaron dos muestras ambientales positivas para poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en la provincia de Nangarhar.
- Se han registrado 13 muestras ambientales positivas para WPV1 en 2022, todas en la Región Oriental.

Argelia

- Esta semana se notificaron cuatro muestras ambientales positivas para poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en Tamanghasset. El número total de muestras ambientales positivas para cVDPV2 es de 14 en 2022.
- Se notificó un caso de poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en 2022, relacionado con la emergencia del virus en Zamfara, Nigeria.

Benín

- Se notificaron siete casos de cVDPV2 en 2022 y tres casos en 2021.

Botswana

- Se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en 2022.

Burkina Faso

- Se notificaron dos casos de cVDPV2 en 2021.

Camerún

- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2021.

Chad

- Esta semana se notificaron cuatro casos de cVDPV2 en Mayo Kebbi Est, Logone Oriental, Wadi Fira y Tandjile. Se notificaron 22 casos de cVDPV2 en 2022.

Egipto

- Se notificaron 18 muestras ambientales positivas para cVDPV2 en los últimos dos años.

Eritrea

- Se notificaron un caso de cVDPV2 en 2022 y otro en 2021.

Estados Unidos

- Se informó un caso de cVDPV2 en New York, con inicio de parálisis el 20 de junio.

Etiopia

- Esta semana se informaron dos casos de cVDPV2 en Ahmara y en la Región de las Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur (SNNP). Las fechas de inicio de la parálisis son: di-

ciembre de 2020 (SNNP) y abril de 2022 (Ahmara). Ambos virus están genéticamente relacionados y forman parte de un nuevo surgimiento en el país. Ahora hay un único caso reportado en 2022.

Gambia

- Se notificaron nueve muestras ambientales positivas para cVDPV2 en 2021.

Ghana

- Se notificaron dos casos de cVDPV2 en 2022.

Guinea

- Se notificaron seis casos de cVDPV2 en 2021.

Guinea-Bissau

- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2021, relacionados con el brote de Jigawa en Nigeria.

Indonesia

- Esta semana se notificó un caso de cVDPV2, con inicio de parálisis el 9 de octubre, en la provincia de Aceh. Es el primer caso reportado en el país. El virus ligado genéticamente también se aisló de tres contactos sanos de la comunidad.
- Actualmente, las autoridades de salud pública locales y nacionales están llevando a cabo una evaluación de riesgos y una investigación de campo, con el apoyo de los socios de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, incluso para evaluar más claramente el origen de los virus aislados. El Ministerio de Salud anunció públicamente el brote y el 28 de noviembre lanzó campañas de inmunización de recuperación en el área inmediatamente afectada, dirigidas a 1,2 millones de niños menores de 13 años.
- Sobre la base de una evaluación de riesgos detallada, se planean dos campañas de vacunación a gran escala, una en enero y otra en febrero de 2023, que cubrirán cuatro provincias (Aceh, Sumatera Utara, Riau y Sumatera Barat) y estarán dirigidas a 3,7 millones de niños.

Israel

- Se notificó un caso de poliovirus circulante tipo 3 derivado de la vacuna (cVDPV3) en 2022.
- Se ha confirmado que el país está afectado tanto por la cVDPV2 como por la cVDPV3.

Liberia

- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2021.

Madagascar

- Se notificaron 10 casos de poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1) en 2022, y 13 en 2021.

Malawi

- Este año se reportó un caso de WPV1 correspondiente al año 2021.
- Se notificaron tres casos de cVDPV1 en 2022.
- Malawi continúa participando en la respuesta al brote subregional de varios países, para detener urgentemente el brote de WPV1 que afecta al área.

Mauritania

- Se notificaron siete muestras ambientales positivas para cVDPV2 en 2021, vinculadas al brote de Jigawa en Nigeria.

Mozambique

- Se han registrado ocho casos de WPV1 en 2022. La notificación de estos nuevos casos en un corto período de tiempo indica que se están intensificando los esfuerzos de vigilancia en la provincia.
- Se notificaron 16 casos de cVDPV1 en 2022.
- Se informaron cuatro casos de cVDPV2 en 2022, y dos en 2021.

Níger

- Se notificaron 11 casos de cVDPV2 en 2022, y 18 casos en 2021.

Nigeria

- Los casos registrados de cVDPV2 en 2022 son 42, mientras que en 2021 fueron 415.
- Esta semana se notificaron cinco muestras ambientales positivas para cVDPV2, en Sokoto (3) y Zamfara (2).

Pakistán

- Se registraron 20 casos de WPV1 en 2022, y solo uno en 2021.

Reino Unido

- Se informaron dos muestras ambientales positivas para cVDPV2 en mayo y agosto, luego del aislamiento del poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna (VDPV2) de muestras ambientales en Londres.
- No se han detectado casos de parálisis asociados con esta cepa; el virus solo se ha aislado de muestras ambientales (aguas residuales).

República Centroafricana

- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2022 y ninguno en 2021.

República del Congo

- Se notificaron dos casos de cVDPV2 en 2021.

República Democrática del Congo

- Esta semana se informó un caso de poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1) en Haut-Lomami, lo que eleva a 48 el total de casos en 2022.
- Se notificaron 191 casos de cVDPV2 en 2022, y 28 casos en 2021.
- Se ha intensificado la respuesta a los brotes de cVDPV1 y de cVDPV2.

Senegal

- Se notificaron 17 casos de cVDPV2 en 2021.

Sierra Leona

- Se notificaron cinco casos de cVDPV2 en 2021.

Somalia

- Se notificaron cuatro casos de cVDPV2 en 2022 y un caso en 2021.

Sudán del Sur

- Se notificaron nueve casos de cVDPV2 en 2021.

Togo

- En 2022, se reportaron un caso y dos muestras ambientales positivas para cVDPV2.

Ucrania

- Se notificaron dos casos de cVDPV2 en 2021.
- La vigilancia de enfermedades continúa reforzándose, en la medida de lo posible, dada la evolución de la situación, incluyendo el desarrollo de capacidades, la realización de capacitaciones, la implementación de la vigilancia ambiental y el apoyo a la inmunización de rutina.

Uganda

- Se notificaron dos muestras ambientales positivas para cVDPV2 en 2021, relacionadas con el brote en N'Djamena, Chad.

Yemen

- Esta semana se informaron cuatro casos de cVDPV2 en Hajjah (2), Dhamar (1) e Ibb (1). El número de casos de cVDPV2 en 2022 ahora es de 158. Hubo 66 casos de cVDPV2 y tres casos de cVDPV1 en 2021.

Zambia

- Se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en 2022.

Las lesiones y la violencia cobran la vida de unas 12.000 personas en todo el mundo cada día. Como se refleja en un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Prevención de lesiones y violencia: una descripción general*, tres de las cinco principales causas de muerte entre las personas de 5 a 29 años están relacionadas con las lesiones: las lesiones por accidentes de tránsito, los homicidios y los suicidios.



Además de estos, entre otras causas relacionadas con las lesiones figuran el ahogamiento, las caídas, las quemaduras y el envenenamiento. De los 4,4 millones de muertes anuales relacionadas con lesiones, aproximadamente una de cada tres se debe a accidentes de tránsito, una de cada seis a suicidio, una de cada nueve a homicidios y una de cada 61 a guerras y conflictos.

“Las personas que viven en la pobreza tienen muchas más probabilidades de sufrir lesiones que los ricos”, dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “El sector de la salud tiene un papel importante en el tratamiento de estas inequidades en salud y en la prevención de lesiones y violencia, a través de la recopilación de datos, el desarrollo de políticas, la prestación de servicios y la programación para la prevención y la atención, el desarrollo de capacidades y la promoción de una mayor atención a las comunidades desatendidas”.

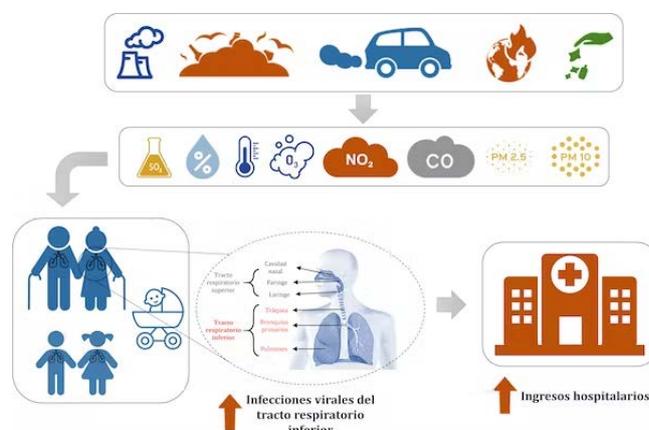
Se dispone de muchas intervenciones efectivas y de bajo costo. Por ejemplo, en España, establecer el límite de velocidad por defecto para las ciudades en 30 kilómetros por hora está mejorando la seguridad vial; en Vietnam, proporcionar entrenamiento en natación es prevenir ahogamientos; y en Filipinas, la legislación para elevar la edad de consentimiento sexual de 12 a 16 años, en un intento por proteger a los menores de la violencia sexual, está generando un cambio positivo. Sin embargo, en la mayoría de los países falta voluntad política e inversión, ya que las medidas no se aplican en niveles suficientes.

“Se necesita una acción acelerada para evitar este sufrimiento innecesario de millones de familias cada año”, señaló el Dr. Etienne Krug, Director del Departamento de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. “Sabemos lo que se debe hacer, y estas medidas efectivas deben ampliarse en todos los países y comunidades para salvar vidas”.

El informe de la OMS se publicó durante la 14ª Conferencia Mundial sobre Prevención de Lesiones y Promoción de la Seguridad, que se lleva a cabo actualmente en Adelaide, Australia. Este evento brinda una oportunidad para que los principales investigadores y profesionales de prevención de lesiones y violencia del mundo continúen abogando por medidas basadas en la evidencia para prevenir lesiones y violencia.

Este informe también destacó las medidas de prevención y la orientación técnica disponible de la OMS que pueden respaldar las decisiones para ampliar los esfuerzos de prevención.

Los niños tienen un sistema inmune inmaduro que responde peor a las infecciones. Además de que sus vías aéreas, al ser más pequeñas, se obstruyen más fácilmente por la inflamación y la acumulación de moco tras la infección. Por eso las infecciones respiratorias agudas de las vías bajas (IRAB), principalmente neumonías y bronquiolitis, son la causa más importante de enfermedad y mortalidad en todo el mundo en niños. Casi 5 millones de niños menores de 5 años mueren a nivel mundial cada año por infecciones respiratorias agudas.



Por otro lado, las personas mayores tienen un mayor riesgo de padecer infecciones respiratorias graves debido a que su sistema inmunitario está envejecido y es menos eficiente, a que tienen una función respiratoria disminuida y a que frecuentemente padecen otras enfermedades asociadas al envejecimiento.

Los virus suelen ser protagonistas

Aunque la IRAB puede ser causada por virus o bacterias, actualmente la mayor parte de las IRAB graves son producidas por virus. La importancia de las infecciones bacterianas ha disminuido debido a los programas de vacunación, el acceso al sistema nacional de salud y al tratamiento con antibióticos. Los virus más frecuentes responsables de las IRAB son el virus sincicial respiratorio y el virus de la influenza.

Estos virus respiratorios son transportados en pequeñas gotas que pasan de unas personas a otras causando insuficiencia respiratoria grave debido a una respuesta inmunitaria descontrolada del huésped, daño de las células epiteliales pulmonares y una disminución del intercambio de gases respiratorios.

Infecciones más graves si hay contaminación atmosférica

La vida en las grandes ciudades, donde existe una alta actividad industrial y un uso masivo de vehículos a motor, hace que inhalamos una gran cantidad de contaminantes cada día. Y eso nos afecta más de lo que imaginamos.

Para empezar, la contaminación del aire afecta a distintos aspectos de la salud, incluido el desarrollo y agravamiento de enfermedades respiratorias. Existe evidencia científica de que la exposición tanto a corto como a largo plazo a la contaminación atmosférica se relaciona con un aumento en las hospitalizaciones, visitas a la sala de emergencias o visitas domiciliarias por IRAB en niños y ancianos.

En 2019, sólo en Europa, más de 300.000 personas murieron prematuramente por exposición a contaminantes atmosféricos. Por este motivo, en 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó y actualizó las guías mundiales sobre la calidad del aire. Estas directrices mues-

tran recomendaciones de los nuevos valores límite de los principales contaminantes atmosféricos para proteger la salud pública.

Además, la OMS, junto con otros organismos internacionales (Coalición Clima y Aire Limpio, Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y el Banco Mundial), ofrece [información actualizada](#) sobre la calidad del aire de más de 4.000 ciudades con el objetivo de reducir en dos tercios la mortalidad anual por la contaminación atmosférica para 2030.



Los [principales contaminantes atmosféricos](#) implicados en las IRAB virales son las partículas menores de 10 micrómetros (PM₁₀), el dióxido de nitrógeno, el dióxido de azufre, monóxido de carbono y ozono. Estos contaminantes generalmente dañan las vías respiratorias, aumentan la inflamación y alteran las defensas.

Por qué hay más infecciones respiratorias en invierno

Además de los contaminantes, los factores climáticos (temperatura, velocidad del viento, humedad, tormentas eléctricas) también están asociados con una mayor probabilidad de infecciones. Se debe a que condicionan la supervivencia y la transmisión de los virus respiratorios y la susceptibilidad del huésped.

En concreto, las bajas temperaturas y la alta humedad a menudo se han asociado con un [mayor riesgo de IRAB viral](#). Las bajas temperaturas proporcionan mayor estabilidad al patógeno, aumentando su supervivencia. A lo que se suma que las condiciones de alta humedad estabilizan las gotitas del aire que transportan el virus de persona a persona, lo que aumenta la transmisión.

Los contaminantes y factores climáticos [interaccionan entre sí](#). Por ejemplo, un clima frío y escasas lluvias se relacionan con el aumento de los gases de escape de los vehículos y las chimeneas, lo que genera niveles elevados de PM₁₀, dióxido de nitrógeno, dióxido de azufre y monóxido de carbono. Un [clima cálido](#) promueve la presencia de ozono a nivel del suelo, mientras que la humedad reduce la contaminación por este gas.

Con estos datos sobre la mesa, no cabe duda de que vigilar esos factores ambientales puede ayudar a prevenir los ingresos hospitalarios, planificar mejor los recursos de la salud pública y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Jornadas



Jornadas Virtuales



“Tratamiento del Aracnidismo y Producción de Antivenenos en Argentina”

19, 20 y 21 de DICIEMBRE 2022
Horario: 9:30 - 13:00 hs y de 13:30 - 17:30 hs.



Epidemiología del aracnidismo en Argentina.

Biología de arañas y escorpiones.

Toxicidad y producción de venenos.

Producción de Antivenenos.

Presentación de experiencias asistenciales y uso de Antiveneno en diferentes centros médicos de distintas provincias de Argentina.

Dirigido a:

Profesionales y técnicos del área de la salud relacionada con la temática.

Estudiantes de carreras afines.

Inscripción Gratuita

cursoserpentario@gmail.com

(Enviar: Nombre completo; N° de Documento y Ocupación)



TRATAMIENTO DEL ARACNIDISMO Y PRODUCCIÓN DE ANTIVENENOS EN ARGENTINA.
Instituto Nacional de Producción de Biológicos - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"
19, 20 y 21 de diciembre de 2022



Lunes 19 de diciembre

9:00 a 9:20

Bienvenida. Presentación de las Jornadas

9:30 a 10:30

Generalidades sobre la biología de las arañas.

Dra. Cristina Scioscia, MACN "Bernardino Rivadavia"

10:30 a 11:30

Arañas de importancia médica en Argentina

Dra. Alda González, CEPAVE-CONICET

11:30 a 12:30

Venenos de arañas, *Latrodectus* y *Phoneutria*

Dr. Adolfo de Roodt, INPB-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

12:30 a 13:00

Preguntas

13:00 a 13:30

Receso

13:30 a 14:00

Experiencia de Latrodectismo en Mendoza

Dr. Sergio Saracco, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Mendoza

14:00 a 14:30

Experiencia de Latrodectismo en el Sur de Buenos Aires

Dra. Silvia Haure, Hospital "Juana Pradere", Pedro Luro, Buenos Aires

14:30 a 15:00

Experiencia de Latrodectismo en Bahía Blanca

Dra. Roxana Bertrand, Hospital "Leonidas Lucero", Bahía Blanca

15:00 a 15:30

Experiencia de Latrodectismo en Jujuy

Dra. Marta Ojeda, Hospital "San Roque", S.S. de Jujuy

15:30 a 16:00

Experiencia en Phoneutrismo del CNI

Dra. Paula Osorio, CNI, Hospital "Alejandro Posadas"

16:30 a 17:00

Preguntas

Martes 20 de diciembre

9:00 a 10:00

Epidemiología del araneismo en Argentina

Dra. Natalia Casas, Coordinación de Zoonosis, Ministerio de Salud de la Nación

10:00 a 10:30

Experiencia en Loxoscelismo en Pediatría

Dra. Valeria Malinovsky, Hospital "Ricardo Gutiérrez", CABA

10:30 a 11:00

Experiencia de Loxoscelismo en el Hospital Muñiz

Dra. Susana Lloveras, Hospital "Francisco J. Muñiz", CABA

11:00 a 11:30

Experiencia de Loxoscelismo en Bahía Blanca

Dra. Claudia González, Hospital "Leonidas Lucero", Bahía Blanca, Buenos Aires

11:30 a 12:30

Veneno de Loxosceles y antivenenos

Dr. Adolfo de Roodt, INPB-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

12:30 a 13:00

Preguntas

13:00 a 13:30

Receso

14:00 a 14:30

Experiencia de Loxoscelismo en Mendoza

Dr. Sergio Saracco, Facultad de Medicina, Universidad de Cuyo, Mendoza

14:30 a 15:00

Experiencia de Loxoscelismo en la provincia de Buenos Aires

Dra. Mariana Remes-Lenicov, Facultad de Medicina, UNLP, La Plata

15:00 a 15:30

Experiencia de Loxoscelismo en el CNI

Dra. Paula Osorio, CNI, Hospital "Alejandro Posadas"

15:30 a 16:00

Experiencia de Loxoscelismo en los Hospitales Fernández y Sor María Ludovi

Dr. Daniel Dozoretz, Hospital "Juan A. Fernández" de CABA y "Sor María Ludovica" de La Plata

16:00 a 17:00

Preguntas

Miércoles 21 de diciembre

9:00 a 10:00

Epidemiología del alacranismo en Argentina

Dra. Natalia Casas, Coordinación de Zoonosis, Ministerio de Salud de la Nación

10:00 a 11:00

Biología y sistemática de escorpiones en Argentina

Dr. Andrés Ojanguren, MACN "Bernardino Rivadavia"

11:00 a 11:30

Clínica de escorpionismo Experiencia de la CABA

Dr. Tomás Orduna, Hospital "Francisco J. Muñiz", CABA

11:30 a 12:30

Clínica de escorpionismo en Pediatría en Santa Fe

Dra. Osvaldo González Carrillo, Hospital "Orlando Alassia", Santa Fe

12:30 a 13:00

Preguntas

13:00 a 13:30

Receso

15:00 a 15:30

Producción de antivenenos de escorpiones, producción, toxicidad, desarrollo de antivenenos

Dr. Adolfo R. de Roodt, INPB-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

15:30 a 16:00

Desarrollo de antivenenos con moléculas recombinantes

Dr. Matias Fingerhann, INPB-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

16:00 a 16:30

Producción de antivenenos en el INPB

Dr. J. Christian Dokmetjian, INPB-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

16:30 a 17:00

Preguntas

CONCLUSIONES FINALES Y CIERRE DE LAS JORNADAS

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.