

# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N.º 121 - Septiembre-octubre 2022

24 de octubre: Día Mundial contra la Polio | Chile: incidencia de gripe y efectividad de la vacuna (temporada 2022, hemisferio sur) | Notificaciones breves • Uganda: brote de ébola • Vigilancia de la viruela símica

## STAFF

Departamento de  
Epidemiología

### Dirección

DR. DANIEL STAMBOULIAN

### Coordinación y redacción

DRA. LILIÁN TESTÓN

### Edición

LIC. SOLEDAD LLARRULL

Con el aval de FIDEC y FUNCEI

## SUSCRIPCIÓN GRATUITA

[epidemiologia@funcei.org.ar](mailto:epidemiologia@funcei.org.ar)

## MÁS INFORMACIÓN

Twitter: [@EpidemiologiaFUNCEI](https://twitter.com/EpidemiologiaFUNCEI)

## FIDEC

1390 S Dixie Hwy, suite 1106

Miami FL 33146

Tel.: 305 854 0075

[www.fidex-online.org](http://www.fidex-online.org)

## FUNCEI

French 3037

C1425AWK, CABA (Argentina)

Tel.: 4809 4242 [info@funcei.org.ar](mailto:info@funcei.org.ar)

[www.funcei.org.ar](http://www.funcei.org.ar)

## 24 de octubre: Día Mundial contra la Polio

Bajo el lema “Un futuro más saludable para madres y niños”, el 24 de octubre se conmemoró el Día Mundial contra la Polio<sup>1</sup>. En esta fecha, se propone renovar el compromiso con la erradicación mundial y **asegurarse de que los virus de la polio no reingresen en las Américas**, donde el último caso por un virus silvestre o salvaje ocurrió hace 31 años<sup>2</sup>. En 2022, se hizo hincapié en **cómo se benefician con la vacunación los niños protegidos contra la polio y, al igual que sus madres, contra otras enfermedades inmunoprevenibles**. Gracias a esto, las mujeres transitarán el **embarazo de forma positiva**, y los chicos alcanzarán su **máximo potencial de desarrollo**<sup>1</sup>.

La polio es una enfermedad viral muy contagiosa. Aunque con baja frecuencia, los virus de la polio afectan áreas cerebrales relacionadas con la respiración y causan la muerte. **La polio no tiene cura, pero puede prevenirse con la vacunación**<sup>1</sup>.

## Tipos de aislamientos de virus de la polio<sup>3</sup>

Se han definido tres categorías de aislamientos de virus de la polio en muestras humanas o en el ambiente, que se presentan a continuación.

**Virus silvestres o salvajes.** Son los patógenos naturales, que pueden causar parálisis, en especial, en niños pequeños. **Se han certificado como erradicados los virus de tipo 2 y 3.** No circulan en poblaciones humanas, pero se encuentran en laboratorios y en fábricas de vacunas. **El virus de tipo 1 todavía circula en la población humana** en los dos países endémicos: Afganistán y Pakistán.

**Virus vacunales.** A este grupo pertenecen los siguientes agentes virales:

- Virus de Sabin, vivos pero atenuados, presentes en la vacuna antipoliomielítica oral (OPV, por sus siglas en inglés).
- Virus similares a los de Sabin, que han comenzado a divergir de los usados en la OPV, pero en menor grado que aquellos capaces de provocar parálisis, conocidos como *virus derivados de la vacuna* (véase el punto 3).
- El denominado *nuevo virus de tipo 2 de la vacuna OPV*, autorizado en 2020 para

uso en brotes del virus circulante de tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2; véase a continuación). Los virus de Sabin o similares a ellos suelen detectarse en la población y en el ambiente cuando la OPV se aplica de forma habitual o complementaria (campañas). El virus vacunal de tipo 2 ya no debería detectarse, salvo donde se haya empleado de forma reciente la vacuna OPV2 monovalente, la OPV trivalente o la nueva OPV2 en respuesta al virus de tipo 2.

**Virus derivados de la vacuna (VDPV, por sus siglas en inglés).** A este grupo pertenecen los siguientes agentes virales:

- Virus circulantes derivados de la vacuna (**cVDPV**), es decir, cuya transmisión interpersonal en la comunidad se ha demostrado por detección en seres humanos o en el ambiente de virus con relación genética.
- VDPV relacionados con inmunodeficiencias (**iVDPV**). Proviene de individuos que tienen una inmunodeficiencia primaria. A diferencia de los inmunocompetentes, que excretan el virus vacunal durante un período limitado, en raros casos las personas con inmunodeficiencias primarias excretan el virus de forma más prolongada luego de haber recibido la OPV.
- VDPV cuya secuencia VP1 no tiene relación genética con otras secuencias identificadas de VDPV y no hay evidencia de inmunodeficiencia primaria cuando el virus es de un individuo. La secuencia de VDPV se clasifica como ambigua (**aVDPV**) sobre la base de los resultados de laboratorio; de la investigación epidemiológica; y de análisis de grupos de campo, expertos y personal de laboratorio de la OMS. Los aislamientos pueden corresponder a personas sin inmunodeficiencias conocidas o a una muestra del ambiente, sin evidencia de circulación.

### Definición de brote y otros episodios<sup>3</sup>

La detección virus silvestre o salvaje o de VDPV (con excepción del iVDPV) en un área que no estaba afectada puede clasificarse de acuerdo con el patrón de detección y diseminación.

**Brote.** Detección de virus silvestre o de cVDPV con transmisión en la comunidad demostrada del siguiente modo:

- Por detección en un ser humano, a menos que tenga antecedente de viaje a un área endémica hasta 35 días antes de la parálisis, o confirmación por laboratorio del tipo específico de virus.
- Mediante dos detecciones distintas en el ambiente, ya sea en dos lugares diferentes o en el mismo lugar con una diferencia de dos meses, por lo menos.
- Por detección de cualquier nuevo tipo de cVDPV, ya sea en muestras humanas o del ambiente (por ejemplo, cuando un VDPV aislado de heces o del ambiente

de inmediato puede relacionarse genéticamente con otro VDPV, hallazgo que confirma la circulación en el área).

**Importación.** Detección de virus silvestre o cVDPV sin evidencia de transmisión en la comunidad en estos casos:

- Detección de virus silvestre o cVDPV conocido en casos de parálisis flácida aguda o en personas asintomáticas con antecedente de viaje a un área afectada hasta 35 días antes de la aparición de la enfermedad.
- Única detección en el ambiente de virus silvestre o cVDPV conocido en un nuevo territorio o país infectado, sin evidencia de transmisión local.
- Múltiples detecciones de virus salvaje o cVDPV conocido en un sitio durante menos de dos meses, pero sin evidencia de replicación viral (aislamientos idénticos o casi idénticos).

**Emergencia de un nuevo VDPV.** Se contemplan las circunstancias siguientes:

- Detección de un nuevo VDPV identificado en un único caso de parálisis flácida aguda o en una persona asintomática (como un conviviente) sin evidencia de transmisión en la comunidad, incluida la secuenciación genética (sin relación con un VDPV conocido).
- Detecciones múltiples de un nuevo VDPV identificado en muestras ambientales de un único sitio durante dos meses sin evidencia virológica de excreción múltiple (secuencias idénticas o casi idénticas).

**Evento por vacuna.** Se define del modo que sigue:

- Un caso de polio paralítica relacionada con la vacuna, causada con baja frecuencia por virus de Sabin o similar, en general, en recién nacidos. Se lo considera un evento clínico más que de salud pública.
- Detección de virus vacunal de tipo 2 en un área donde no se ha utilizado la vacuna con ese virus durante los cuatro meses previos a la detección o detección del virus vacunal de tipo 1 o de tipo 3 en un área donde la vacuna antipoliomielítica no se ha empleado de forma habitual (países que solo tienen esquemas de la vacuna antipoliomielítica inactivada en el calendario de vacunación infantil) ni complementaria durante los cuatro meses previos a la detección.

### Estrategias para la erradicación<sup>4</sup>

La *Estrategia para la Erradicación de la Polio 2022-2026* propone acciones que permitirán a la Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio (GPEI, por sus siglas en inglés) cumplir la promesa que congregó al mundo con el objetivo de erradicar la enfermedad.

Estas acciones, algunas de ellas en curso desde 2021, fortalecerán a la GPEI para afrontar los desafíos y lograr un mundo sin polio.

### Objetivos estratégicos

- Establecer plazos urgentes y responsabilidades para generar mayor voluntad política redefiniendo la relación de la GPEI con los gobiernos y sistematizar el apoyo político.
- Aumentar la aceptación de vacunas al involucrar a la comunidad de forma adaptada al contexto para incrementar la confianza en las vacunas y promover el compromiso con la vacunación infantil.
- Acelerar el progreso por medio integrando más socios en la vacunación y en servicios médicos esenciales y comunitarios.
- Implementar cambios en las operaciones de campañas y de respuesta a los brotes, incluido el reconocimiento y fomento del personal en la primera línea de acción.
- Fortalecer la detección y la respuesta mediante la vigilancia para proporcionar información crítica que guíe las acciones.

### **Primera meta: interrumpir de modo permanente la transmisión de la polio en los países endémicos.**

- Para esto, será necesario lo siguiente:
- Incrementar la voluntad política en todos los niveles gubernamentales y con todos los actores locales mediante el compromiso con el valor apolítico de erradicar la polio.
  - Un trabajo mancomunado, profundo y duradero con las comunidades marginadas, en especial aquellas en áreas de alto riesgo de polio.
  - Un programa que funcione de forma adecuada y con una cantidad suficiente de personal motivado en la primera línea de acción, que vacune puerta a puerta o en cada oportunidad en áreas donde el acceso a los hogares es restringido.
  - Un servicio integral que priorice la inmunización esencial y la provisión de otros servicios de salud.
  - Inversión continua en vigilancia y mejoras constantes de su calidad y de la detección casos.

**Segunda meta: frenar la transmisión de cVDPV y prevenir brotes en países no endémicos.** Son una preocupación global los brotes por el cVDPV2, ya que **desde 2017 se han registrado más casos anuales por cVDPV2 que por el virus silvestre de tipo 1.** Aunque se ha declarado el fin de 27 brotes durante los últimos dos años, la extensión y rapidez con que se diseminó la enfermedad pone en peligro su erradicación. Entre los nuevos enfoques para interrumpir la transmisión del cVDPV2, se han propuesto los que siguen:

- Apoyo político coordinado en países con brotes para contemplar la preparación y respuesta a brotes entre las prioridades sanitarias.
- Estructuras de emergencia para la rápida toma de decisiones durante la detección del brote y la respuesta nacional, regional y global.
- Aumento de la capacidad regional y nacional para llevar a cabo la vigilancia y respuesta al brote.

### Bibliografía

1. OMS. World Polio Day 2022 and Beyond: A healthier future for mothers and children; 21-22 de octubre de 2022. Disponible en <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/10/21/default-calendar/world-polio-day-2022-and-beyond--a-healthier-future-for-mothers-and-children>.
2. OPS. Día Mundial contra la Polio 2021. Disponible en <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-polio-2021>.
3. Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio. Standard operation procedures: responding to a poliovirus event or outbreak. Version 4; marzo de 2022. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049154>.
4. Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio. Polio eradication Strategy 2022-2026. Delivering on a promise. Disponible en <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/10/9789240031937-eng.pdf>.

### Chile: incidencia de gripe y efectividad de la vacuna (temporada 2022, hemisferio sur)<sup>1</sup>

- La transmisión de la gripe (influenza) cambió durante la pandemia de COVID-19.
- En 2022, la temporada comenzó meses antes que en años previos.
- Predominó el virus A(H3N2). Hubo pocos casos por virus B, ninguno por el linaje B/Yamagata.
- Se registraron 1002 hospitalizaciones por gripe. La incidencia fue inferior a la calculada durante 2017-2019, pero superó a la de 2020-2021.
- Se vacunaron más del 90 % de las personas susceptibles.
- La vacuna tuvo una efectividad del 49 % para prevenir las hospitalizaciones.
- Se debe alentar a las comunidades a vacunarse y a tomar precauciones para disminuir la transmisión de la gripe, como evitar el contacto estrecho con enfermos.

Cuadro. Comparación de datos de la temporada 2022 de gripe en Chile con los registros de los años previos a la pandemia de COVID-19 <sup>1</sup> .				
Parámetro	2017	2018	2019	2022
Valor umbral epidémico	6,2 %			-
Inicio de la temporada	SE 18	SE 21	SE 17	<p><b>Dos períodos con muestras positivas &gt;6,2 %:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SE 1-6</li> <li>• SE 18 en adelante (pico en SE 24)</li> </ul> <p><b>Período intermedio (SE 7-17): muestras positivas &lt;6,2 %</b></p>
	Abril-mayo			<p><b>Enero-febrero</b></p> <p><b>Segundo aumento a partir de mayo (pico en junio)</b></p>

La pandemia de COVID-19 afectó la transmisión del virus de la gripe (influenza), con menor actividad respecto a los registros históricos, presentación estacional atípica o duración anómala de la temporada durante 2020-22. En parte, se detectaron pocos casos de gripe durante la pandemia en comparación con las temporadas previas por la utilización de barbijos, el distanciamiento social y otras medidas implementadas desde 2020. **Preocupa la posibilidad de que ocurran epidemias graves de gripe, ya que la población ha estado menos expuesta a estos virus durante 2020-21 y se ha relajado el cumplimiento de las medidas preventivas luego de la vacunación contra la COVID-19.**

En Chile la última temporada de gripe se adelantó y comenzó en enero de 2022. **Predominó el virus A (H3N2) (clado 3C. 2a1b.2a.2).** Este hallazgo se condice con lo observado en Australia, Argentina y Perú. Hubo pocos casos por virus B, ninguno por el linaje B/Yamagata. La incidencia acumulada de hospitalizaciones por gripe y neumonía atribuible a gripe fue de **5,1 cada 100.000 años-persona durante 2022**, superior a la del período 2020-21, pero menor que la correspondiente al período 2017-2019. **La efectividad ajustada de la vacuna para prevenir las hospitalizaciones por gripe A(H3N2) fue del 49 %.** Estos hallazgos indican que la actividad de la gripe sigue alterada luego de la emergencia del SARS-COV-2 en 2020. Por lo tanto, los países del hemisferio norte podrían beneficiarse si se preparan para una temporada atípica, que podría adelantarse y aumentar los casos graves entre 2022 y 2023, sobre todo, en ausencia de medidas de prevención, incluida la vacunación.

La incidencia de la gripe en Chile se estimó con los datos de los egresos hospitalarios recopilados por el Departamento de Estadísticas e Información Sanitaria del Ministerio de Salud y los datos de vigilancia del Centro Nacional de Influenza. El comienzo de la temporada de gripe de cada año calendario desde 2017 hasta 2019 y en 2022 se definió como la semana epidemiológica durante la cual el porcentaje de muestras positivas había excedido los valores umbral históricos

de epidemia durante, al menos, tres semanas. El porcentaje de pacientes con infección respiratoria aguda grave (IRAG) y muestras positivas por virus de la gripe se calculó por mes y por grupo etario (<5 años, de 5 años a 18 años, de 19 años a 64 años y ≥65 años).

Durante 2022, se testearon 59.392 muestras respiratorias en la red nacional de laboratorios. El 5,3 % de ellas fueron positivas por SARS-CoV-2, y el **6,9 %, positivas por virus de la gripe.** De estas últimas, se tipificaron el 54 %, y **en casi todas (>99,9 %) se identificó el virus A(H3N2).** En una sola muestra se identificó el virus A(H1N1). En el cuadro, se comparan datos del inicio de la última temporada con los de años previos.

Se atribuyeron a la gripe el 5,6 % (1002) de las hospitalizaciones por esa enfermedad o por neumonía asociada. **Los adultos de 65 años o más fueron los más afectados** (figura 1). También se observó en ese grupo la máxima incidencia acumulada de hospitalizaciones atribuibles a la gripe: **20,3 cada 100.000 años-persona.** La incidencia de hospita-

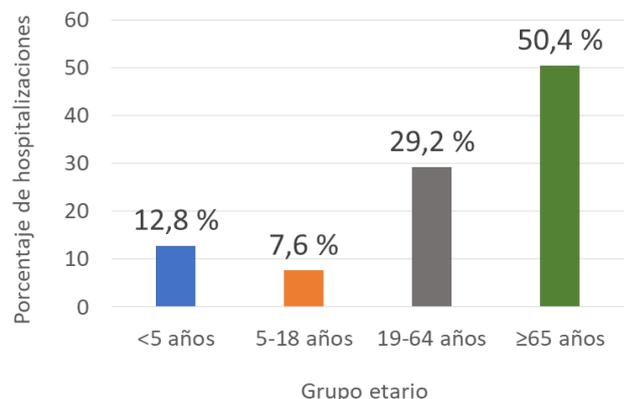


Figura 1. Porcentaje de hospitalizaciones por gripe o por neumonía asociada atribuibles a la gripe según el grupo etario en Chile durante 2022<sup>1</sup>.



Haga clic sobre la imagen para acceder y suscribirse.

lizaciones por influenza fue de cuatro a seis veces menor que la registrada durante 2017-2019, pero mayor que la de 2020-2021.

En cuanto a la vacunación, los grupos priorizados (entre ellos, adultos de 65 años o más, personas de 11-64 años con enfermedades preexistentes, embarazadas, niños entre 6 meses y 10 años) representaron el 41 % de la población. **El 92,5 % recibieron la vacuna.** El 88 % se vacunaron antes del pico de actividad en la semana epidemiológica 24. En 2022, Chile utilizó la vacuna trivalente Influxac (Abbott), compuesta por cepas análogas a las que siguen:

- A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09.
- A/Darwin/9/2021 (H3N2).
- B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).

#### Bibliografía

1. Olivares Barraza MF, Fasce RA, Nogareda F, et al. Influenza Incidence and Vaccine Effectiveness during the southern hemisphere influenza Season-Chile, 2022. MMWR Morb Mort Wkly Rep. 2022;71:1353-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7143a1>.

## Notificaciones breves

### Uganda: brote de ébola

El 20 de septiembre, las autoridades de Uganda declararon un nuevo brote de ébola, según informó la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1,2</sup>. Por análisis de una muestra tomada a un hombre de 24 años, **se identificó el virus de Sudán, que es poco frecuente**<sup>1</sup>. En el país, no se habían registrado brotes por esa especie desde 2012, aunque ocurrió un brote por el virus de Zaire en 2019<sup>1,2</sup>. El mencionado paciente falleció luego de la confirmación del diagnóstico, y se habían registrado seis muertes sospechosas en el mismo distrito, Mubende, durante las

semanas previas<sup>1,2</sup>. Además, hay ocho casos sospechosos que están recibiendo atención<sup>1</sup>.

El ébola es una enfermedad grave y, a menudo, mortal que afecta a los seres humanos y a otros primates. **Las tasas de letalidad del virus de Sudán han variado del 41 % al 100% en brotes anteriores.** Se ha demostrado que el inicio rápido del tratamiento de apoyo reduce de forma significativa las muertes por ébola<sup>1,2</sup>.

Aunque la vacunación en anillo (estrategia para inmunizar primero a las personas de alto riesgo y luego a sus contactos cercanos) ha sido muy eficaz para controlar la diseminación del ébola durante los recientes brotes en la República Democrática del Congo y en otras regiones, **la vacuna Ervebo (rVSV-ZEBOV) solo ha sido aprobada para proteger contra el virus de Zaire.** Las vacunas existentes contra el ébola han demostrado ser eficaces contra esa especie, pero **no está claro si tendrán el mismo éxito contra el virus de Sudán.** Aunque contra esta última especie no se ha probado aún otra vacuna, producida por la empresa farmacéutica Johnson & Johnson, se piensa que podría ser eficaz<sup>1</sup>.

### Características epidemiológicas del ébola<sup>2</sup>

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades por filovirus (ICD-11) revisada en mayo de 2019, el ébola se subcategoriza ahora según el virus patógeno. Así, los brotes de ébola por el virus de Sudán se denominan *brote de enfermedad por el virus de Sudán*. De forma previa, todos los virus causantes de ébola se agrupaban en forma conjunta.

La enfermedad por el virus de Sudán es grave y con frecuencia mortal; afecta a seres humanos. El virus de Sudán fue informado por primera vez en el sur de ese país, en junio de 1976. Desde entonces, ha emergido de forma periódica y **ha ocasionado siete brotes:** cuatro en Uganda y tres en Sudán.

El virus se introduce en la población humana por contacto estrecho con órganos o con sangre, secreciones u otros fluidos corporales de animales infectados, como murciélagos, chimpancés, gorilas, monos y antílopes, enfermos o muertos en la selva. El virus luego se transmite de persona a persona por contacto directo (lesiones en la piel o las mucosas) con la sangre o fluidos corporales de una persona enferma o muerta, o por contacto con objetos contaminados con sangre, heces o vómitos de un enfermo.

El período de incubación es de 2 días a 21 días. **Las personas infectadas con el virus de Sudán no transmiten la enfermedad hasta que presentan síntomas y, durante la viremia, permanecen en**

**estado infeccioso.** Los síntomas, que pueden aparecer de forma súbita, son **fiebre, fatiga, dolor muscular, cefalea, dolor de garganta, seguidos de vómitos, diarrea, rash y síntomas de insuficiencia renal o hepática.** En algunos casos, el paciente puede presentar hemorragia interna o externa, o ambas.

El diagnóstico puede ser difícil, ya que las manifestaciones iniciales de la enfermedad se confunden con las de la malaria, la fiebre tifoidea o la meningitis. La confirmación diagnóstica se realiza por RT-PCR, entre otras técnicas. El tratamiento de síntomas específicos y el de apoyo mediante rehidratación oral e intravenosa de fluidos mejoran la supervivencia.

### Riesgo nacional e internacional<sup>2</sup>

Como no se han autorizado vacunas, pero tampoco tratamientos para prevenir o tratar la enfermedad por el virus de Sudán, es elevado el riesgo para la salud pública. Pueden generarse numerosas cadenas de transmisión dadas las muertes en la comunidad y la atención de pacientes en hospitales, sanatorios y centros comunitarios con limitaciones en cuanto a las medidas para controlar y evitar contagios. De acuerdo con la información disponible, **se considera alto el riesgo nacional** por los siguientes motivos:

- Se confirmó el virus de Sudán y no se dispone de vacunas autorizadas.
- Es posible que el brote haya comenzado tres semanas antes de que se identificara el caso índice, por lo que no se efectuó el seguimiento de contactos para cortar cadenas de transmisión.
- El uso inadecuado de equipos de protección personal y otras prácticas subóptimas de control y prevención de infecciones en los centros donde se atendieron pacientes.
- Los pacientes que murieron fueron enterrados según las tradiciones y con ceremonias muy concurridas, que favorecen la transmisión.
- El sistema podría verse sobrecargado si la cantidad de casos aumenta y el brote se extiende a otras regiones o distritos.

Aunque Mubende no tiene fronteras internacionales, no se descarta la diseminación internacional por los movimientos de la población. **A nivel regional y global, el riesgo se ha considerado bajo**<sup>1</sup>.

### Bibliografía

1. ONU. Se declara un raro brote de ébola en Uganda; 20 de septiembre de 2022. Disponible en <https://news.un.org/es/story/2022/09/1514851>.
2. OMS. Ebola Disease caused by Sudan virus. Uganda; 26 de septiembre de 2022. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON410>.

### Vigilancia de la viruela símica

Desde el inicio del año hasta el 17 de octubre, se confirmaron en el mundo 73.437 casos de viruela símica y 29 muertes en 109 países<sup>1,2</sup>. **En la Región de las Américas, se confirmaron 47.215 casos en 31 países**, a 6 de los cuales corresponden el 95 % de las confirmaciones (EE. UU., Brasil, Perú, Colombia, México y Canadá). La región americana acumula el 64,2 % de los casos globales, seguida de Europa (34,1 %)<sup>1</sup>. Sin embargo, del 10 al 16 de octubre **los casos continuaron disminuyendo en ambas regiones** y condujeron la **tendencia mundial en baja observada desde agosto de 2022.**

El director general de la OMS declaró el brote de viruela símica como emergencia de salud pública de importancia internacional el 23 de julio de 2022. El 15 de mayo, se habían notificado a esa organización cuatro casos confirmados en el Reino Unido. Dos días más tarde, hubo más confirmaciones en otros dos países, Portugal y Suecia<sup>1</sup>.

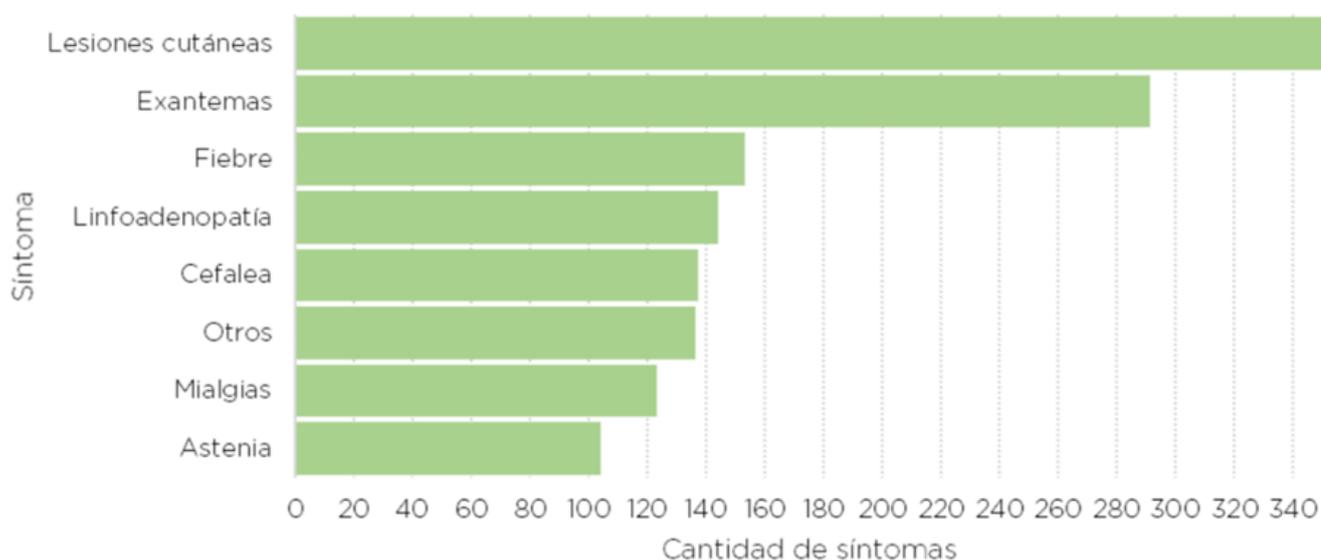
### Situación en la Argentina<sup>1</sup>

Según la última edición del *Boletín Epidemiológico Nacional*, con información actualizada al 11 de octubre, **se confirmaron en la Argentina 524 casos**, de los cuales **56 tenían antecedente de viaje al exterior.** La mediana de edad fue de 35 años, y el 99,5 % de los afectados son de sexo masculino. **No se notificaron casos graves ni fallecidos.** El 94,3 % de los casos confirmados se registraron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y en las provincias de Buenos Aires y Córdoba.

En la CABA, hasta la semana epidemiológica 42, se reportaron 638 casos (residentes), de los cuales se confirmaron el 68 %. La tasa más elevada corresponde al grupo de 25 años a 34 años. La mediana de edad fue de 37 años, y la edad máxima alcanzada, de 58 años. **En el grupo etario de 10 años a 14 años, se confirmó un caso.** Fue un paciente ambulatorio con buen estado de salud que había tenido contacto con su padre (caso confirmado). La totalidad de los casos correspondieron al sexo masculino, excepto cuatro mujeres trans. El 65 % de los casos confirmados refirieron tener sexo con otros hombres, mientras que no se obtuvo información sobre el resto de la población.

### Importante:

La viruela símica **puede afectar a cualquier persona** que tenga contacto físico con otra que haya contraído la enfermedad o con materiales contaminados.



Fuente: SNVS 2.0

Figura 2. Síntomas consignados en residentes de la ciudad de Buenos Aires con confirmación de viruela símica hasta semana epidemiológica 42 (n = 1553)<sup>1</sup>.

**Solo 20 casos confirmados debieron ser internados**, pero no necesitaron cuidados intensivos. En la figura 2, se presentan los síntomas consignados en residentes de la ciudad hasta semana epidemiológica 42.

#### Bibliografía

1. Buenos Aires. Boletín Epidemiológico Semanal. Información hasta SE 40. Año VII. N° 322; 21 de octubre de 2022. Disponible en [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_322\\_vf.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_322_vf.pdf).
2. OMS. Multi-country outbreak of monkeypox. External Situation Report 8; 19 de octubre de 2022. Disponible en file:///C:/Users/Sole/Desktop/20221019\_Monkeypox\_external\_sitrep-8.pdf.