

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N.º 103 - Nov. y Dic. de 2020

Día Mundial del Sida (01/12): Informe de ONUSIDA sobre esta pandemia | COVID-19: diez preguntas sobre las vacunas | COVID-19: situación en la Argentina | Notificaciones breves • Mundo: preocupante reemergencia del sarampión • Italia: SARS-CoV-2 en hisopado orofaríngeo ya en diciembre de 2019

STAFF

Departamento de
Epidemiología

Dirección

DR. DANIEL STAMBOULIAN

Coordinación y redacción

DRA. LILIÁN TESTÓN

Edición

LIC. SOLEDAD LLARRULL

Con el aval de FIDEC/FUNCEI

SUSCRIPCIÓN GRATUITA
epidemiologia@funcei.org.ar

MÁS INFORMACIÓN

Twitter: @EpidemiologiaFUNCEI

www.escalainicial.com.ar

Twitter: @escalainicial

FUNCEI

French 3037

C1425AWK, CABA (Argentina)

Tel.: 4809 4242 info@funcei.org.ar

www.funcei.org.ar

FIDEC

2050 Coral Way Suite #407

Miami, Florida 33145

Tel.: 305 854 0075

www.fidex-online.org

Día Mundial del Sida (01/12) Informe de ONUSIDA sobre esta pandemia

En 2020, **no se alcanzarán los objetivos globales previstos** para poner fin en 2030 a la epidemia de sida. Además, la respuesta **podría retrasarse 10 años o más** si la pandemia de COVID-19 provoca graves interrupciones en los servicios de atención de personas que viven con el VIH.

Aunque hubo un progreso notable, fue muy desigual entre países e, incluso, dentro de algunos de ellos, según el nuevo informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA). Este programa lidera e inspira al mundo para hacer realidad su meta global de que no haya nuevas infecciones por VIH, ni discriminación, ni muertes relacionadas con el sida¹.

Solo 14 países han alcanzado las metas 90-90-90 de tratamiento del VIH:

- Que el 90 % de las personas que viven con VIH **conozcan su estado serológico**.
- Que el 90% de las que conocen su estado **tengan acceso al tratamiento**.
- Que el 90 % de aquellas en tratamiento **tengan carga viral indetectable**.

Al no cumplirse estos objetivos, **desde 2015, las infecciones por el VIH superaron en 3,5 millones** a las esperadas hasta 2020. Lo mismo sucedió con las muertes relacionadas con el sida, que fueron 820.000 más de las proyectadas. A esto se suma el **impacto de la pandemia de COVID-19 en los servicios de atención** de personas que viven con el VIH.

La desigualdad en el avance que subraya el informe de ONUSIDA se evidencia, en especial, en el acceso a la terapia antirretroviral. Por eso, ONUSIDA advierte que **los beneficios obtenidos podrían perderse y que el progreso podría estancarse**. Destaca asimismo que los países deben duplicar con urgencia los esfuerzos de respuesta al VIH y llegar a los millones de personas que no aún no se encuentran en el sistema¹.

“Se requiere una acción decisiva todos los días durante la próxima década para que el mundo vuelva a su camino para poner fin a la epidemia de sida para 2030”, enfatiza Winnie Byanyima, directora de ONU-SIDA. Y concluye que **el estigma, la discriminación y las desigualdades generalizadas son barreras importantes** para poner fin al sida¹.

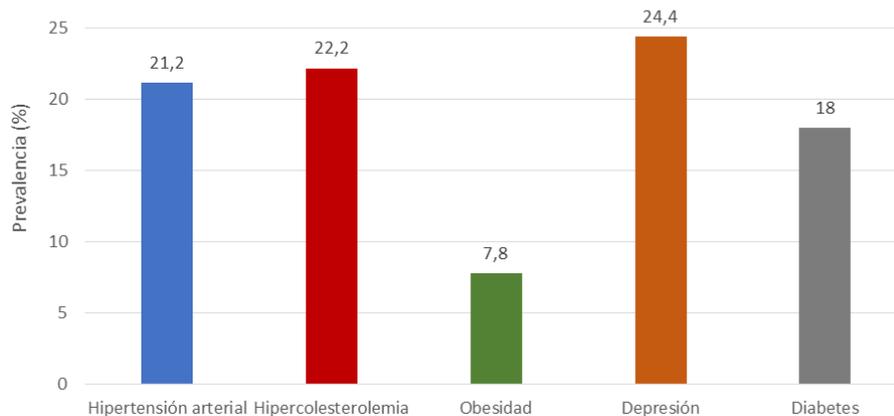


Figura 1. Prevalencia de enfermedades no transmisibles en personas que viven con el VIH en países de medianos y bajos ingresos. Se representa el extremo superior del rango de prevalencia de la diabetes (1,3-18 %)².

Datos mundiales

Por el retraso en la prevención, se infectaron en forma reciente **1,7 millones de personas**. Mientras que en África Oriental y Meridional las infecciones se disminuyeron el 38 % desde 2010, en Europa Oriental y en Asia Central las nuevas infecciones aumentaron el 72 % durante el mismo período. Además, aumentaron el **21 % en América Latina** y el 22 % en Medio Oriente y África del Norte.

Alrededor del **62 % de las nuevas infecciones ocurren en poblaciones clave** y sus parejas sexuales: hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, personas que se inyectan drogas y personas privadas de la libertad².

Las mujeres y las niñas en el África Subsahariana continúan siendo las más vulnerables y representaron el 59 % de las nuevas infecciones en esa región durante 2019. Se estimó que 4500 niñas, adolescentes y mujeres jóvenes de hasta 24 años se infectaron de forma semanal. **La pandemia de COVID-19 podría generar una interrupción completa de seis meses en el tratamiento** y causar más de quinientas mil muertes adicionales en el África Subsahariana durante 2021¹.

Enfermedades asociadas

Es frecuente que las personas que viven con el VIH, en especial las de edad avanzada, tengan también enfermedades no transmisibles². En la Figura 1, se compara su prevalencia en países de medianos y bajos ingresos, según un metaanálisis reciente².

Los **trastornos de la salud mental** son una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial y tienen **mayor prevalencia en personas que viven con el**

VIH que en la población en general. La depresión reduce la adherencia al tratamiento e incide en el seguimiento adecuado².

La coinfección con tuberculosis ha disminuido el 58 % en el mundo. Sin embargo, a pesar de este progreso, existen fallas en la detección y tratamiento en países con altas tasas de esta infección, que es causa de muerte prematura de personas que viven con el VIH.

Para **combatir las pandemias convergentes de VIH y COVID-19**, ONUSIDA y sus socios encabezan un llamado global firmado por más de 150 líderes mundiales y expertos para una **vacuna universal contra la COVID-19**.

Datos de la Argentina

- Se calcula que **136.000 personas** viven con el VIH.
- **El 17 % no sabe** que se ha infectado.
- Se registran, en promedio, **4800 nuevos casos al año**.
- Entre 2018 y 2019, el **30,2 % se diagnosticó en una etapa avanzada** de la infección (Figura 2).



Figura 2. Evolución de la oportunidad del diagnóstico de VIH en la Argentina entre 2015 y 2019 (n = 29. 778)⁴.

- Casi **7 de cada 10 personas** que conocen su diagnóstico se atienden en el **subsistema público**.
- En este subsistema, **60.000 personas están en tratamiento** con antirretrovirales.
- La **principal vía de transmisión es la sexual**, debido a que no se usa el preservativo (98 %).
- La **tasa de transmisión perinatal es de 4,6** cada 100 bebés que nacen de personas gestantes con VIH.
- La **tasa de mortalidad** por enfermedades asociadas con el VIH está registrando un leve descenso y fue de **3,01 cada 100.000 habitantes** en 2018.
- La mortalidad es de 1,9 cada 100.000 habitantes en mujeres y de 4,1 cada 100.000 habitantes en varones .

Por la pandemia de COVID-19, se aceleró la implementación de sistemas de prescripción y receta electrónica, y de dispensa de medicación antirretroviral por varios meses. Además, se fortalecieron los sistemas de vigilancia epidemiológica. Si bien la emergencia supuso un riesgo de interrupción en la atención de la salud, motivó en algunos casos el interés por retomar tratamientos interrumpidos^{3,4}.

Bibliografía

1. ONUSIDA. Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida, 6 de julio de 2020. Disponible en https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/july/20200706_global-aids-report.
2. ONUSIDA. Seizing the moment. Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Global AIDS Update 2020. Disponible en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf.
3. Argentina. Ministerio de Salud. Salud presentó los datos del nuevo Boletín sobre VIH y enfermedades de transmisión sexual, 30 de noviembre de 2020. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presento-los-datos-del-nuevo-boletin-sobre-vih-y-enfermedades-de-transmision-sexual>.
4. Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Boletín N° 37. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Año XXIII- Diciembre 2020. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-37>.

COVID-19: diez preguntas sobre las vacunas

Unas **doscientas vacunas contra la COVID-19** se encuentran **en investigación y desarrollo**; pero, hasta este momento, solo algunas llegaron a la fase III de los ensayos clínicos¹. **Cuatro de ellas se están evaluando para comenzar a vacunar en la Argentina** durante el verano 2020-2021².

Los laboratorios, empresas e instituciones que participan en el desarrollo de estas vacunas anticiparon los resultados de los ensayos por medio de comunicados de prensa^{3,4}. Pero, para evaluar si se cumplen los requisitos necesarios para autorizarlas, las agencias encargadas de las aprobaciones en cada país están recibiendo o recibirán la información completa y detallada de esos análisis. En la Argentina, el organismo a cargo de esta tarea es la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

Además, médicos, científicos y otros especialistas estaban esperando que los resultados se publicaran en revistas científicas especializadas, siguiendo el mecanismo de revisión por pares, para evaluar los datos obtenidos en cada ensayo clínico. El 8 de diciembre de 2020, se publicó el primer artículo, referido a la vacuna de Oxford y AstraZeneca⁵. Dos días después, el referido a los ensayos con la vacuna de Pfizer y BioNTech⁶.

A continuación, entonces, respondemos preguntas frecuentes sobre estas vacunas. **Como los ensayos clínicos no terminaron la información puede cambiar.**

1 ¿Qué vacunas podrían estar disponibles en la Argentina?

La ANMAT ya comenzó a recibir la documentación necesaria para decidir sobre el registro de cuatro vacunas²:

- la **Sputnik V**, desarrollada por el Instituto Gamaleya (Federación Rusa);
- la de la **Universidad de Oxford y AstraZeneca** (Reino Unido);
- la de **Janssen Cilag** (EE. UU.);
- la de **Pfizer y BioNTech** (EE. UU. y Alemania) .

2 ¿Cómo funcionan?

Todas tienen el mismo fundamento: lograr que las células humanas fabriquen una proteína (o una parte de ella) de la superficie del SARS-CoV-2. Esto le permite al organismo generar anticuer-

pos contra esa molécula. Si la persona vacunada se expone luego al SARS-CoV-2, el sistema inmunitario podrá reconocer el virus e iniciar una respuesta que lo neutralice.

Para iniciar este proceso, es necesario transportar hasta las células la información genética sobre cómo fabricar esa proteína:

- La vacuna Sputnik V (Figura 3)⁷, la de la Universidad de Oxford y AstraZeneca, y la de Janssen usan **adenovirus como vector**. Estos virus no tienen capacidad para multiplicarse en el cuerpo

humano, por lo que no hay riesgo de que causen una enfermedad

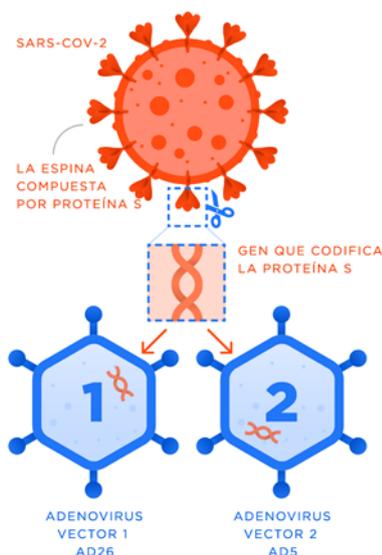
- La vacuna de Pfizer y BioNTech emplea una molécula de **ARN mensajero encapsulada en tres tipos de nanopartícula lipídica** para que llegue intacta a las células¹. Luego de fabricar la proteína, las células eliminan el ARN mensajero⁸.

Estas técnicas son más modernas y distintas de las usadas para generar otras vacunas conocidas. Esta diferencia tecnológica permitió acelerar el proceso de desarrollo de las vacunas contra la COVID-19^{8,9}.

Vacuna de dos vectores contra el coronavirus

Creación del vector

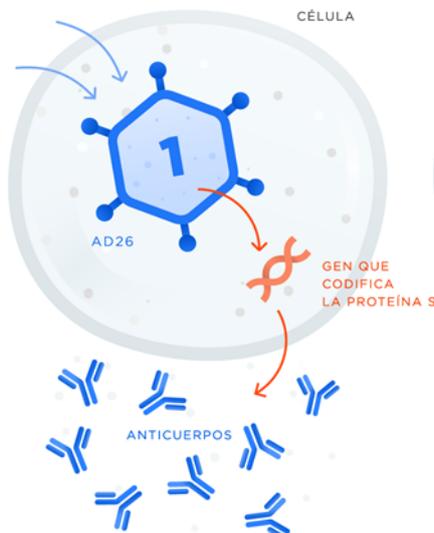
Un **vector** es un virus que carece del gen para su reproducción y se utiliza para transportar material genético de otro virus, contra el que se está vacunando, a una célula. El **vector** no es peligroso para el cuerpo. La vacuna se basa en el vector de adenovirus, que normalmente causa infecciones virales respiratorias agudas



En cada vector se inserta un gen que codifica la **proteína S** de las espinas del virus SARS-CoV-2. Dichas espinas forman la "corona" que da nombre al virus. Estas espinas ayudan al virus SARS-CoV-2 a introducirse en la célula

Primera vacunación

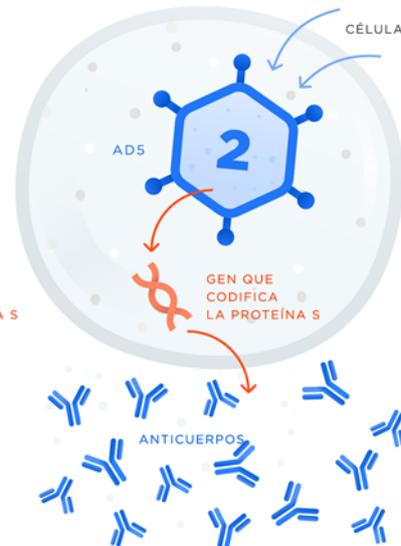
El **vector** con un gen que codifica la **proteína S** del coronavirus penetra en la célula



El cuerpo sintetiza la **proteína S**, en respuesta, se empieza a generar **inmunidad**

Segunda vacunación

La vacunación se repite en 21 días



Una vacuna basada en otro vector adenoviral desconocido para el organismo estimula la respuesta inmunitaria de éste y proporciona inmunidad a largo plazo

El uso de dos vectores es una tecnología única del Centro Gamaleya y distingue a la vacuna rusa de otras vacunas basadas en vectores de adenovirus que se están desarrollando en el mundo

Fuente: Centro Gamaleya, RDIF, 2020

Figura 3. Vacuna Sputnik V, del Instituto Gamaleya⁷.

3 ¿Son seguras?

Todas las vacunas demostraron ser seguras en las primeras fases de los ensayos clínicos; por eso, avanzaron hacia la fase III. Durante esa etapa, se confirmó la seguridad^{3,4}. Las instituciones que realizaron los ensayos clínicos indicaron, además, que **los voluntarios las toleraron** de forma adecuada y que hubo **pocos efectos adversos o secundarios**, ninguno de los cuales se consideró de importancia médica.

Como las vacunas a base de adenovirus o de ARN mensajero llevan décadas de investigación, desarrollo y uso, ya existían muchas pruebas de que son seguras. Esto también simplificó y agilizó las primeras etapas de los ensayos clínicos actuales^{8,9}.

Al comenzar a aplicarse la vacuna de Pfizer y BioNTech en el Reino Unido¹⁰, y poco después en los EE. UU., se informó que tres personas presentaron una reacción alérgica grave, evento adverso que no había ocurrido en el ensayo clínico. En la Argentina, la Asociación de Alergia e Inmunología Clínica señaló que **“no está comprobado que todos los pacientes que hayan tenido una reacción alérgica grave deban evitar la vacunación”** y emitió una serie de recomendaciones (véase el recuadro)¹¹.

4 ¿Qué eficacia tienen?

En el Cuadro, se compara la eficacia informada de las vacunas Sputnik V, de la Universidad de Oxford y AstraZeneca, y de Pfizer y BioNTech para prevenir la COVID-19 en personas que no habían tenido la enfermedad antes de vacunarse. **Aún no se informaron datos equivalentes de la vacuna de Janssen.**

Alergia a la vacuna de Pfizer y BioNTech Recomendaciones de la Asociación de Alergia e Inmunología Clínica¹¹

- Realizar un **buen historial clínico y estudios alérgicos** de los pacientes con **antecedentes de reacciones alérgicas graves** para poder **diagnosticar la causa**, que puede no tener que ver de ninguna manera con la vacuna en cuestión.
- **Ni el asma, ni la rinitis alérgica ni otras patologías alérgicas** han sido consideradas, en este caso, como **contraindicaciones** de la vacuna, así como tampoco el uso de la inmunoterapia específica para aeroalérgenos.
- **Es muy prematuro**, sobre todo teniendo en cuenta la insuficiencia de datos proporcionados, poder **saber cuál fue la causa** del cuadro de estos pacientes. Por lo tanto, las recomendaciones son dinámicas y están sujetas a revisiones continuas.
- Solo una pequeña minoría de pacientes alérgicos graves requerirán **evaluaciones previas por el especialista** para aplicarse la vacuna, por lo que **no estarían indicadas de manera sistemática**.
- No se debe generalizar que “todos los pacientes que hayan tenido una reacción alérgica grave eviten aplicarse la vacuna”.

5 ¿Cómo se interpretan esos valores?

Significan que, en el grupo de personas que recibió la vacuna, las infecciones fueron mucho menos frecuentes que en el grupo que recibió un placebo durante la fase III de los ensayos clínicos.

Cuadro. Comparación de la eficacia de tres vacunas en evaluación para uso en la Argentina.

Vacuna	Eficacia (%)	Edad de las personas vacunadas (años)	Observaciones
Sputnik V ^{7,12}	91,4	18 o más	Ya se aplica en Rusia.
Universidad de Oxford y AstraZeneca ^{3,13}	62	18 o más (grupo completo)	Recibieron dos dosis.
	90	18-55 años (subgrupo)	Primero, recibieron media dosis y luego una dosis.
Pfizer y BioNTech	95	16 o más (grupo completo)	Ya se aplica en el Reino Unido¹⁰ y en los EE. UU.¹⁴.
	94	65 o más (subgrupo)	

6 ¿Quiénes se planea que las reciban?

Las vacunas que reciban la aprobación de la ANMAT para ser usadas en la Argentina se aplicarán primero a los siguientes grupos más expuestos o con mayor riesgo¹⁵:

- **Personal sanitario.**
- Otros **trabajadores esenciales** (por ejemplo, las fuerzas de seguridad).
- **Personas de 60 o más años.**
- **Personas de 18 a 59 años con enfermedades preexistentes** que incrementan el riesgo de presentar una forma grave de la COVID-19.

Recibirán alguna de las vacunas mencionadas, según el orden en que estas se aprueben y lleguen al país, el momento en que la persona acceda a la vacunación y la provincia y localidad donde viva.

Resta determinar si alguna vacuna es más adecuada que otra para alguno de los grupos de personas que las recibirán¹⁶. Lo definirán las autoridades de la ANMAT luego de analizar la información detallada de cada vacuna y ensayo clínico.

7 ¿Se aplicarán en centros privados de vacunación?

No, al menos en esta primera etapa, **la compra y la aplicación de las vacunas está exclusivamente a cargo del Estado**, por lo que se aplicarán en cada distrito de acuerdo con las campañas que planifique el Gobierno local. Las vacunas serán gratuitas.

8 ¿Cuántas dosis se aplican y dónde?

La vacuna **Sputnik V**¹⁷ y la de **Pfizer y BioNTech**⁴ se aplican en **dos dosis**: la segunda se administra 21 días después de la primera.

La vacuna de la **Universidad de Oxford y AstraZeneca**³ se aplica en **dos dosis**: la segunda se administra 28 días después de la primera.

Se está estudiando la aplicación de la **vacuna de Janssen en una sola dosis y en dos dosis**¹⁸.

Por ahora, **no hay evidencia de que las vacunas de dos dosis puedan ser intercambiables entre sí**. Entonces, una persona que empieza el esquema con una vacuna debe completarlo con la misma vacuna (por ejemplo, si recibió la primera dosis de la Sputnik V, la segunda dosis también debe ser también de la Sputnik V).

Todas las vacunas se aplican por **vía intramuscular en el brazo**.

9 ¿Será suficiente vacunarse una vez?

No se sabe aún cuánto dura la protección que brindan estas vacunas porque se necesitan para esto investigaciones más prolongadas. Por eso, los ensayos siguen en curso.

Al estudiar los **anticuerpos de personas que tuvieron COVID-19**, se observó que **la inmunidad se va perdiendo con el tiempo**. Por lo tanto, algunos especialistas piensan que **es posible que las vacunas deban aplicarse de forma anual**⁹. Esto se establecerá más adelante.

10 ¿Cambiarán las medidas de prevención cuando se empiece a vacunar?

No se sabe con certeza aún si las vacunas evitarán que las personas vacunadas se enfermen o que tengan formas graves de la COVID-16, o si también permitirán que se frene la transmisión y circulación del SARS-CoV-2 porque las personas vacunadas dejan de expeler virus (inmunidad esterilizante)¹⁹.

Si solo protegen a la persona vacunada, se piensa que será difícil alcanzar la llamada **inmunidad comunitaria o de grupo**. Se ha propuesto que, para lograr este efecto, se debería vacunar al 60-70 % de la comunidad, lo cual también dependerá de la disponibilidad de vacunas durante 2021 y de la duración de la inmunidad, otro aspecto clave por definir. La continuidad de las investigaciones científicas permitirá responder en el futuro estos interrogantes.

Aunque se inicie la vacunación, **será fundamental seguir cumpliendo con las medidas para prevenir que la COVID-19 se disemine**:

- Usar **barbijo** que cubra la nariz, la boca y el mentón.
- Mantener la **distancia social**.
- **Higienizarse las manos** con frecuencia usando agua y jabón, o alcohol en gel.
- **No tocarse la cara**.
- **Ventilar** los ambientes.
- **Desinfectar** con frecuencia las superficies.
- **Aislarse cuando aparezcan síntomas** y comunicarse con los números telefónicos locales .

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines – 10 December 2020. Disponible en <https://bit.ly/34luHaO>. Consulta: 16 de diciembre de 2020.
2. ANMAT. Vacunas para SARS-CoV-2 con documentación en proceso de presentación para su registro, 4 de diciembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/3qr6KbE>. Consulta: 9 de diciembre de 2020.
3. University of Oxford. Oxford University breakthrough on global COVID-19 vaccine, 23 de noviembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/37AcLKC>. Consulta: 3 de diciembre de 2020.
4. Pfizer. Pfizer and Biontech Conclude Phase 3 Study of Covid-19 Vaccine Candidate, Meeting All Primary Efficacy Endpoints, 18 de noviembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/3gdjttQ>. Consulta: 3 de diciembre de 2020.
5. Voysey M, Costa Clemens SA, Shabir A Madhi SA, et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. Disponible en <https://bit.ly/3qG0KvQ>. Consulta: 8 de diciembre de 2020.
6. Polack FP, Thomas SJ, Nicholas Kitchin N, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. NEJM. 2020. Disponible en <https://bit.ly/3ahIR1R>
7. Sputnik V. Vacuna. Información general. Disponible en <https://bit.ly/3IMXAm5>. Fecha de consulta: 3 de diciembre de 2020.
8. CDC. Understanding mRNA COVID-19 Vaccines, 23 de noviembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/3opcTTP>. Consulta: 3 de diciembre de 2020.
9. Rocca G. COVID-19. Vacuna contra la desinformación, 18 de noviembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/3oqQwxu>. Consulta: 3 de diciembre de 2020.
10. Reino Unido, Medicines & Healthcare products Regulatory Agency. Decision. Information for Healthcare Professionals on Pfizer/BioNTech COVID-19 vaccine, 8 de diciembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/2LnUNDB>. Consulta: 9 de diciembre de 2020.
11. Asociación de Alergia e Inmunología Clínica. Vacuna contra coronavirus, 10 de diciembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/34I0p6i>.
12. Reuters. Instant view: Russia says its Sputnik V COVID-19 vaccine is 92% effective, 11 de noviembre de 2020. Disponible en <https://reut.rs/3IK8kle>. Consulta: 3 de diciembre de 2020.
13. Boseley S. Oxford/AstraZeneca vaccine to undergo new global trial, 26 de noviembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/3g9VmfH>. Fecha de consulta: 3 de diciembre de 2020.
14. Guarino B, et al. 'The weapon that will end the war': First coronavirus vaccine shots given outside trials in U.S., 14 de diciembre de 2020. Disponible en <https://wapo.st/3r5MRHs>.
15. Anuncio del presidente Alberto Fernández, 27 de noviembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/33MOQGJ>. Consulta: 3 de diciembre de 2020.
16. Davis N. Different age groups may get different Covid vaccines, experts say, 27 de noviembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/2JQ3TYQ>. Fecha de consulta: 3 de diciembre de 2020.
17. Clinical Trial of Efficacy, Safety, and Immunogenicity of Gam-COVID-Vac Vaccine Against COVID-19 (RESIST). Disponible en <https://bit.ly/3gdjf5Y>. Fecha de consulta: 3 de diciembre de 2020.
18. Johnson & Johnson. Johnson & Johnson Initiates Second Global Phase 3 Clinical Trial of its Janssen COVID-19 Vaccine Candidate, 15 de noviembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/3oqelQE>. Fecha de consulta: 3 de diciembre de 2020.
19. The Lancet. Editorial. COVID-19 vaccines: no time for complacency, 21 de noviembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/36G4oOc>. Consulta: 3 de diciembre de 2020.



COVID-19: situación en la Argentina

En esta sección, se resumen los datos sobre la evolución de la COVID-19 en la Argentina que actualiza y publica a diario el Ministerio de Salud de la Nación^{1,2}. Corresponde a la información recogida hasta el 12 de diciembre.

Casos

- Notificados: 3.961.387.
- **Confirmados: 1.494.602** (véase [aquí](#) la evolución diaria).
- Nuevos (informados el 12 de diciembre): 5274.

Muertes

- **Acumuladas: 40.668** (compárense en la Figura 4 las muertes por grupo etario).
- Informadas el 12 de diciembre: 62.

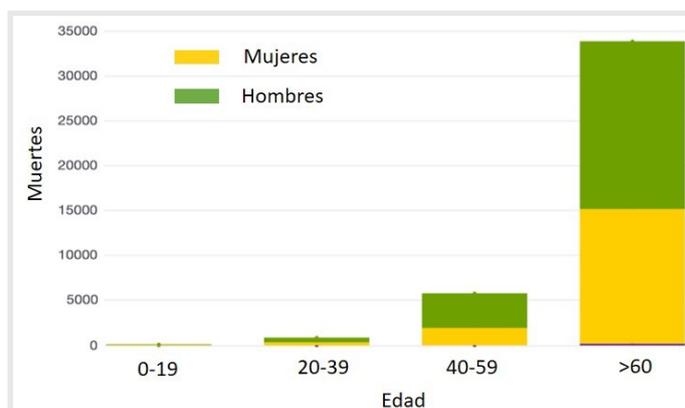


Figura 4. Distribución según el grupo etario y el sexo de las muertes por COVID-19 en la Argentina hasta el 12 de diciembre de 2020¹.

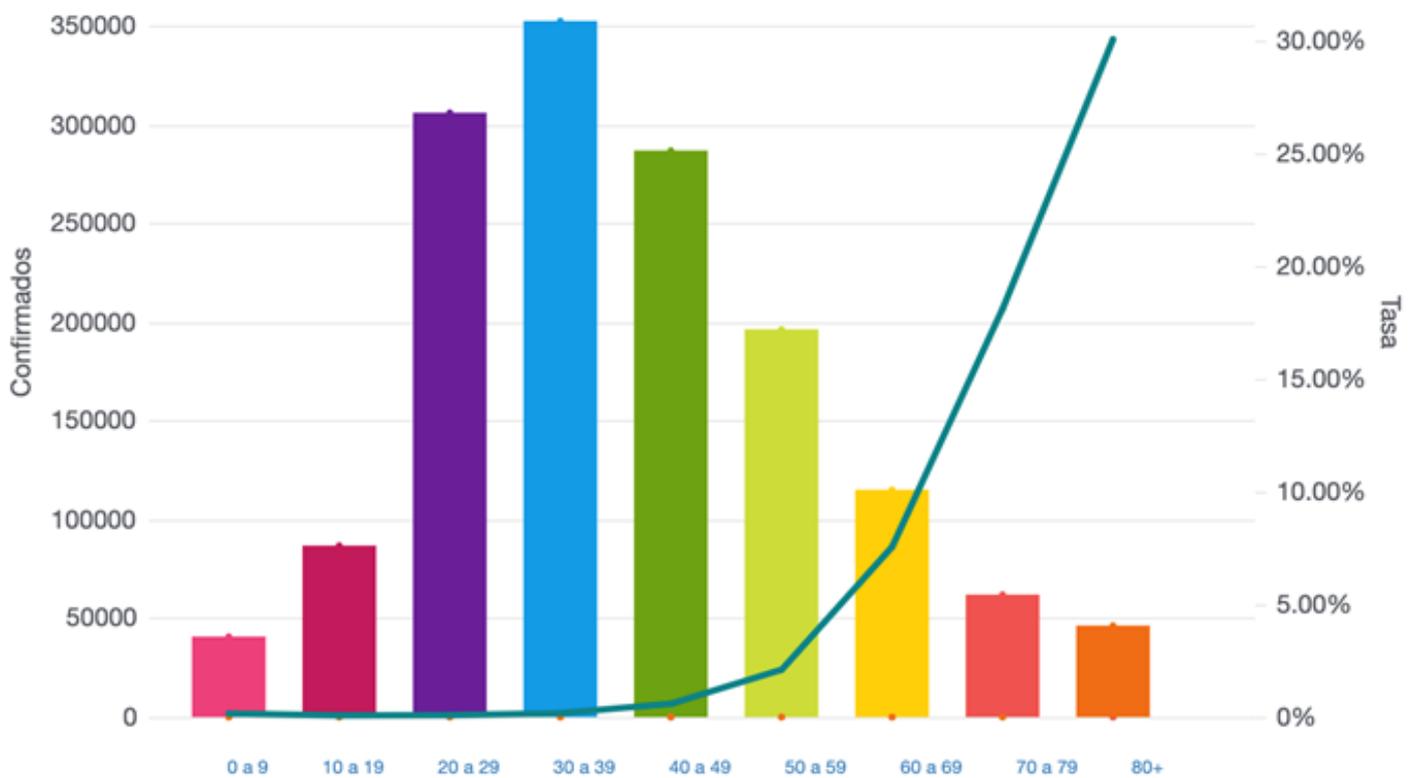


Figura 5. Tasa de letalidad por grupo etario en personas con diagnóstico confirmado de COVID-19 en la Argentina hasta el 12 de diciembre de 2020¹.

- **Tasa promedio de letalidad: 2,7 %** (compárese en la Figura 5 la tasa por grupo etario).

Vías de transmisión

- Por contacto estrecho: 297.737 (19,9 %).
- **Transmisión comunitaria: 1.071.431 (71,6 %).**

Recomendaciones para minimizar el riesgo de transmisión en Navidad y Año Nuevo

Dado que el 83 % de las personas fallecidas eran mayores de 60 años, que el 85 % de los casos confirmados son menores de 60 años y que existe una importante transmisión comunitaria del virus en la mayor parte del país, el Ministerio de Salud de la Nación emitió las recomendaciones que se presentan en el recuadro³. La Sociedad Argentina de Infectología (SADI) también publicó un [documento](#) con recomendaciones.

Bibliografía

1. Información epidemiológica. Ministerio de Salud argentina. 12/12/2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>
2. Reporte vespertino N°462. Situación COVID-19 en Argentina. Reporte diario. Ministerio de Salud
3. Recomendaciones para minimizar el riesgo de transmisión de COVID-19 durante las celebraciones de Navidad y Año Nuevo, en el contexto de la pandemia por COVID-19. Disponible: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/recomendaciones-covid19-fiestas>.

Recomendaciones para Navidad y Año Nuevo³

- **Limitar las reuniones durante los 14 días previos** a los festejos, en especial, si está previsto pasar las fiestas con personas que tengan factores de riesgo, principalmente, las mayores de 60 años.
- Organizar, siempre que sea posible, **reuniones al aire libre, en patios o terrazas**, y garantizar el distanciamiento físico entre los asistentes.
- Mantener **bien ventilados los ambientes** si no es posible estar al aire libre.
- **Limitar el número de personas en cada reunión.**
- Festejar, preferentemente, con las **personas con que se convive o con el grupo habitual de contacto**; en el caso de que haya algún miembro diferente a los contactos habituales, limitar el número de personas tanto como sea posible.
- Ubicar juntas a las personas que conviven, sin mezclarlas con otros grupos.
- **No compartir vasos, cubiertos ni utensilios**, ni tomar de la misma botella o lata.
- Cumplir en todo momento el **distanciamiento, el uso de barbijo y la higiene de manos.**
- Si alguna persona tiene **síntomas o diagnóstico de COVID-19, o es contacto de un caso confirmado**, debe permanecer en aislamiento y, por lo tanto, **no salir de su casa.**

Notificaciones breves

Mundo: preocupante reemergencia del sarampión

La cantidad de casos de sarampión notificados en el mundo alcanzó en 2019 el máximo de los últimos 23 años. Aunque hubo un progreso constante y significativo en el control de la enfermedad de 2010 a 2016, se produjo de allí en adelante un **aumento progresivo de los registros, que llegaron a 869.000 el año pasado, el más alto desde 1996**. Se observó la misma tendencia en todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y **las muertes por dicha infección aumentaron el 50 % desde el 2016**. Solo en 2019 la enfermedad se cobró 207.000 vidas¹.

Una de las principales explicaciones de este aumento es que no **se haya vacunado a los niños a tiempo con dos dosis de vacunas antisarampionosas**, que pueden combinarse entre sí. Los brotes de sarampión se producen cuando las personas que no están inmunizadas se infectan y transmiten la enfermedad a poblaciones susceptibles, como las que no iniciaron o completaron los esquemas de vacunación. Es sabido que, para prevenir los brotes y las muertes, **la tasa de cobertura deben alcanzar el 95 %** y mantenerse a nivel mundial. **Actualmente, la cobertura es del 71 %**¹. Durante la pandemia, se aplazaron las campañas, y disminuyó de forma considerable la aplicación de todas las vacunas durante la infancia¹.

En la Argentina, país declarado libre de sarampión en el año 2000, **se inició a fines de agosto de 2019 el brote más extenso desde que se eliminó la circulación endémica**. Se confirmaron 183 casos: 123 en 2019 y 60 en 2020². El último caso en la ciudad de Buenos Aires se informó el 16 de febrero de 2020.

La iniciativa contra el sarampión y la rubéola, en la que participan la Cruz Roja, las Naciones Unidas, UNICEF, los Centros para el Control y la prevención de Enfermedades de los EE. UU. (CDC) y la OMS, junto con organizaciones privadas, tiene por objetivo enfrentar la actual crisis y garantizar que se disponga

Importante

- El sarampión es totalmente prevenible con una vacuna segura y eficaz.
- Nadie debería morir por esta afección.
- El incremento sostenido de los casos supone una dificultad y requiere un abordaje más allá de lo estrictamente médico, que promueva la vacunación en cualquier escenario y la confianza en las vacunas.

de los recursos necesarios para contrarrestar el retraso global de la inmunización. Esta alianza se compromete a lograr y mantener un mundo sin sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita. Desde el año 2000, ha ayudado a distribuir más de cinco mil quinientos millones de dosis de vacunas contra el sarampión para niños de todo el mundo y ha salvado más de veinticinco millones de vidas al aumentar la cobertura de vacunación¹.

Bibliografía

1. OMS, La mortalidad por sarampión en el mundo aumenta en un 50% de 2016 a 2019 y se cobra más de 207.500 vidas en 2019, 12 de noviembre de 2020. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/12-11-2020-worldwide-measles-deaths-climb-50-from-2016-to-2019-claiming-over-207-500-lives-in-2019>.
2. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Integrado de Vigilancia N° 499 SE 23/2020. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_499_se23.pdf.

Italia: SARS-CoV-2 en hisopado orofaríngeo ya en diciembre de 2019¹

Investigadores de la Universidad de Milán, en Italia, detectaron el virus SARS-CoV-2 en una muestra obtenida por hisopado nasofaríngeo tres meses antes que se identificara el primer caso de COVID-19 en Lombardía. Corresponía a un **niño de 4 años que tenía síntomas compatibles con los del sarampión, pero sin antecedentes de viaje**, lo que sugiere que el virus ya estaba presente en esa región del norte italiano.

Los síntomas de la COVID-19 en niños y niñas pueden confundirse con los del sarampión, pero también con los del síndrome de Kawasaki o la varicela. El 21 de noviembre de 2019, el niño milanés **tuvo síntomas de rinitis y tos. Una semana después, fue llevado a emergencias por problemas respiratorios y vómitos**. Apareció luego una **erupción (rash)** similar a la del sarampión, diagnóstico que se descartó luego de que se le realizaron las pruebas necesarias. **Requirió cuidados intensivos y evolucionó de modo favorable**.

Los investigadores encontraron una **coincidencia del 100 % al comparar la secuencia del virus** detectado en la muestra del niño con la de la cepa viral que surgió en Wuhan (China). Hasta la publicación de este trabajo, el primer caso positivo de COVID-19 en Italia se había identificado el 21 de febrero de 2020 en la ciudad de Codogno, al sudeste de Lombardía. Esta región fue el epicentro de la primera ola europea de COVID-19, que tuvo un efecto devastador porque se saturó el sistema sanitario y porque el virus se diseminó luego al resto de la región.

Bibliografía

1. Amendola A, Bianchi S, Gori M, et al. Evidence of SARS-CoV-2 RNA in an oropharyngeal swab specimen, Milan, Italy, early December 2019. Emerg Infect Dis. 2021, Feb (11 Dec 2020) Disponible en https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/27/2/20-4632_article.