

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N.º 88 - Junio de 2019

Enfermedades de transmisión sexual: situación global y en la Argentina | Vacuna antineumocócica conjugada: beneficio en menores de 5 años y uso en mayores de 65 | Hepatitis A: brote en los EE. UU. y situación en la Argentina | Notificación breve: República Democrática del Congo: brote de ébola y dificultades para controlarlo

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.fidec-online.org

Enfermedades de transmisión sexual: situación global y en la Argentina

Más de un millón de casos nuevos de cuatro enfermedades de transmisión sexual (ETS) –tricomoniasis, infecciones por *Chlamydia trachomatis*, gonorrea y sífilis– se informan a diario según datos recientes publicados por la OMS. Al año, suman en total 376 millones¹.

De acuerdo con el informe, los nuevos casos durante 2016 fueron los siguientes:

- Tricomoniasis: 156 millones.
- Infecciones por *C. trachomatis*: 127 millones.
- Gonorrea: 87 millones.
- Sífilis: 6,3 millones.

Esto genera gran preocupación para la salud pública y requiere el esfuerzo mancomunado en todos los servicios médicos.

Más de treinta bacterias diferentes, virus y parásitos pueden transmitirse por contacto sexual. Ocho de estos patógenos se relacionan con la mayor incidencia de ETS, y cuatro de estas infecciones se curan: gonorrea, tricomoniasis, sífilis y las causadas por *C. trachomatis*. El resto son infecciones no curables por los siguientes virus: del herpes simple (VHS),

de la inmunodeficiencia humana (VIH), del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) y de la hepatitis B (VHB). Sin embargo, **las dos últimas pueden prevenirse mediante la vacunación**. La mayoría de estas ETS cursan de forma asintomática.

Cuatro de estas infecciones se curan: gonorrea, sífilis, tricomoniasis y las causadas por *C. trachomatis*.

Neisseria gonorrhoeae (gonorrea)

- La cantidad de casos de gonorrea continúa en aumento de forma global, al igual que la proporción de estos con resistencia antimicrobiana.
- La **disminución del uso de preservativos, el aumento de los viajes, la baja detección de la enfermedad y los tratamientos inadecuados** contribuyeron a ese incremento.
- África mantiene el mayor número de casos. En los EE. UU., es la segunda enfermedad notificable más frecuente.
- En los **varones**, el gonococo suele provocar **uretritis**, aunque el 40 % de los afectados no presentan síntomas.

- En las **mujeres**, produce **dispareunia, disuria, flujo anormal, molestias abdominales bajas**, si bien el 50 % de las pacientes son asintomáticas.
- Al no tener síntomas y, por consiguiente, no tratarse, la gonorrea produce **complicaciones graves, como enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) e infertilidad**.
- En las embarazadas, es causa de corioamnionitis, **partos prematuros**, ruptura prematura de membranas, **embarazos ectópicos y abortos espontáneos**.
- Se observa la transmisión vertical durante el parto en el 30-40 % de los casos, y esta produce **conjuntivitis neonatal**.
- Es frecuente la coinfección con el VIH, el VHS, *C. trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *Treponema pallidum*, que causa sífilis.

Resistencia en la Argentina²

Desde 1992, el Laboratorio Nacional de Referencia en ETS (LNR-ETS) del INEI-ANLIS Dr. Carlos Malbrán conduce el Programa de Vigilancia de la Susceptibilidad Antimicrobiana de Gonococo (ProVSAG) para identificar cepas resistentes y monitorizar su prevalencia. Los aislamientos de gonococo son derivados rutinariamente al LNR-ETS para estudios de sensibilidad a siete antimicrobianos: **penicilina, tetraciclina, ciprofloxacina, ceftriaxona, cefixima, azitromicina y espectinomina**.

Durante 2017, se notificaron 3654 casos de secreción genital purulenta en varones. En el laboratorio, se

confirmaron 691 casos de secreción genital en hombres y mujeres por *N. gonorrhoeae*.

Esta bacteria presenta una extraordinaria versatilidad genética para adquirir resistencia a fármacos de primera línea, como penicilina, tetraciclina, azitromicina y fluoroquinolonas. Durante la última década, se identificó como causa de fracaso terapéutico la aparición de resistencia a cefixima (CFM) y ceftriaxona (CRO). En la Figura 1, se presenta la evolución anual global del porcentaje de resistencia de cepas de gonococo a diferentes antimicrobianos.

En la Argentina, se realiza desde 1993 la vigilancia de resistencia a CRO y desde 2011 la vigilancia de resistencia a CFM. Ese último año, se detectaron aislamientos no susceptibles a CFM. El LNR-ETS realiza vigila los aislamientos con sensibilidad disminuida a cefalosporinas de tercera generación. Estas continúan siendo la **mejor opción terapéutica (CRO, CFM)**, seguidas por **azitromicina**, ya que la resistencia a ciprofloxacina continúa con una tendencia ascendente.

En el país, el tratamiento de primera línea contra la gonorrea es CRO en dosis única de 250 mg por vía intramuscular. Sin embargo, sería apropiado cambiar a un esquema dual que incorpore azitromicina, debido a la **aparición de aislamientos multirresistentes** (susceptibilidad disminuida o resistencia a CRO o CFM, más resistencia a dos o más de los siguientes antibióticos: azitromicina, ciprofloxacina y penicilina).

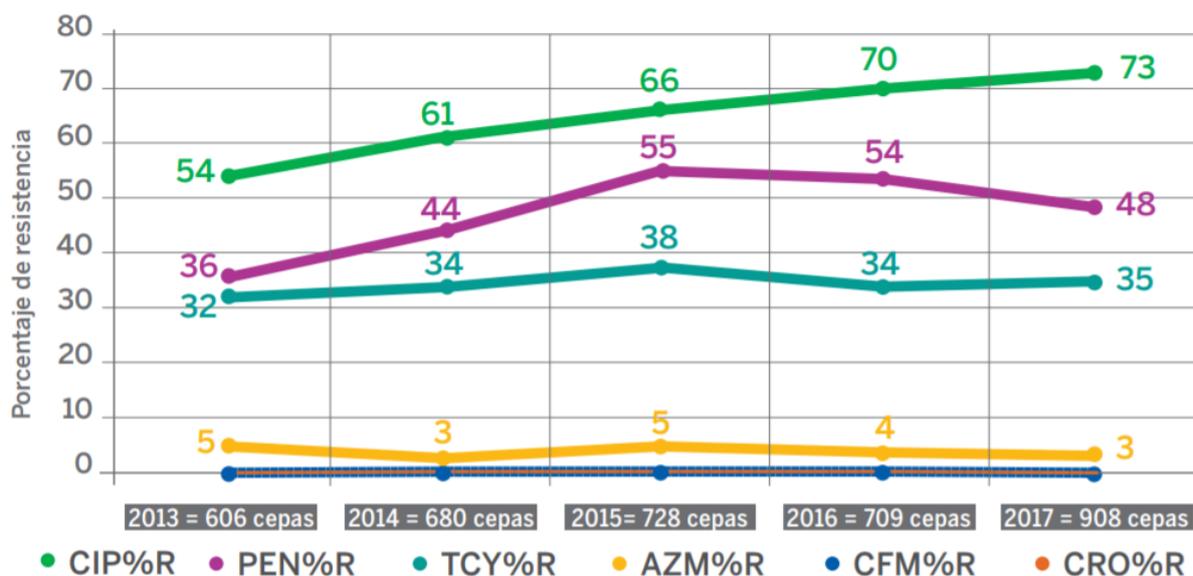


Figura 1. Evolución anual global del porcentaje de resistencia a diversos antimicrobianos de cepas de gonococo. Argentina. 2013-2017. AZM: azitromicina; CFM: cefixima; CIP: ciprofloxacina; CRO: ceftriaxona; PEN: penicilina; TCY: tetraciclina².

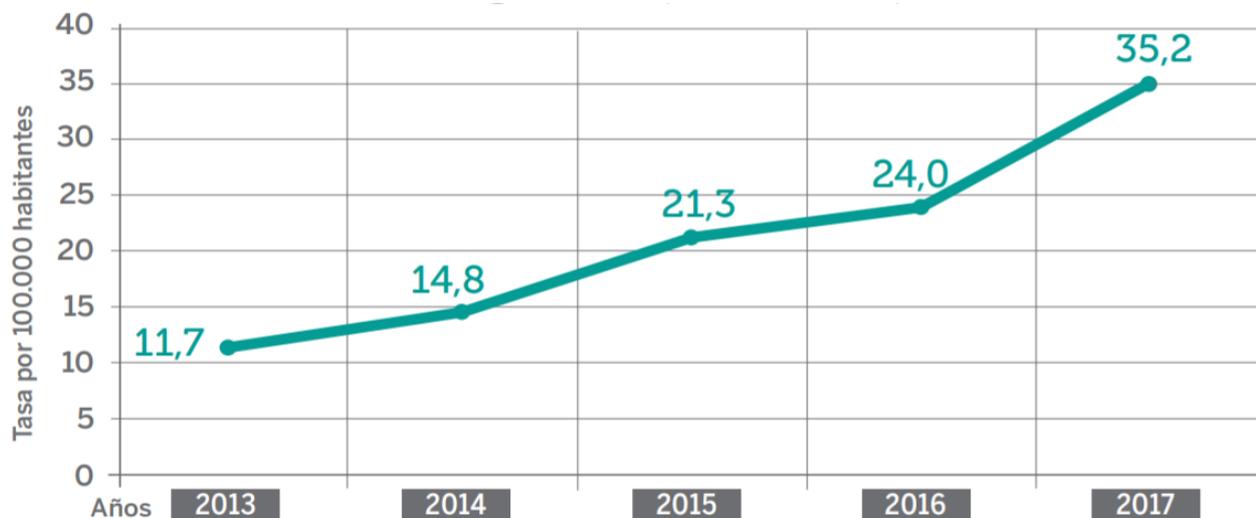


Figura 2. Evolución de la tasa de notificación de sífilis temprana y sin especificar en hombres y mujeres por 100.000 habitantes. Argentina. 2013-2017².

Treponema pallidum (sífilis)

El aumento de la incidencia de las ETS es a expensas de la sífilis en el mundo y, en especial, en América Latina y el Caribe. Entre las razones que explicarían este aumento, se incluyen las que siguen:

- cambios en las conductas sexuales;
- uso de drogas de diseño;
- reducción de las medidas de protección en las relaciones sexuales.

Los siguientes grupos se consideran vulnerables:

- adolescentes;
- mujeres menores de 25 años;
- personas privadas de la libertad;
- personas en situación de calle;
- mujeres y niños/as.

Como se muestra en la Figura 2, en la Argentina, la **tasa de notificación de sífilis temprana y sin especificar en varones y mujeres por 100.000 habitantes se ha duplicado en 5 años**. Durante la vigilancia del año 2017 la edad alcanza su pico en el intervalo de 15 a 24 años y va descendiendo conforme aumenta la edad.

Impacto en la salud sexual y reproductiva

- **Tanto las infecciones por el VHS como la sífilis triplican el riesgo de infectarse con el VIH.**
- La transmisión vertical de las ETS puede ocasionar nacimientos prematuros, muerte neonatal, sepsis, neumonía, malformaciones.

- En total, 528.000 casos de cáncer de cuello uterino y 266.000 muertes anuales en el mundo se deben a infecciones por el HPV.
- La gonorrea y las infecciones por *C. trachomatis* son la principal causa de EPI e infertilidad en mujeres.

Se debe hacer **énfasis en la prevención, en el diagnóstico y en el tratamiento, sobre todo, en los adolescentes**, la población más afectada por las ETS en la Argentina. Es fundamental también aconsejarlos sobre conductas de riesgo y uso del preservativo, y fomentar la vacunación contra el HPV y la hepatitis B². Las recomendaciones son las siguientes:

- **Abordar en todas las consultas de adolescentes la prevención de las ETS.**
- Promover el diagnóstico y el tratamiento precoz de las ETS sintomáticas y asintomáticas.
- Asegurar el tratamiento de las parejas sexuales.
- Lograr **coberturas de vacunación óptimas contra el HPV y la hepatitis B.**
- Controlar la propagación de resistencia del gonococo indicando el diagnóstico etiológico en los casos sospechosos.

Estrategias para finalizar las epidemias³

- Lograr una cobertura de salud universal.
- Utilizar intervenciones y políticas de salud basadas en la evidencia.
- Promover los derechos humanos, la igualdad de género y la equidad en la atención de la salud.
- Integrar los sectores relevantes.
- Comprometer y empoderar a las personas más afectadas por ETS.

Medidas de progreso hacia 2030³

- Reducir a menos de 50/100.000 nacidos vivos los casos de sífilis congénita en el 80 % de los países
- Reducir el 90 % la incidencia global de *T. pallidum* (tomar como referencia datos de 2018).
- Reducir el 90 % la incidencia del gonococo.
- Alcanzar coberturas del 90 % en países con programas nacionales de vacunación contra el HPV.

Bibliografía

1. OMS. Sexually transmitted infections (STIs). 14 de junio de 2019. Disponible en [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
2. Argentina. Secretaría de Gobierno de Salud. Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC. Boletín sobre el VIH, SIDA e ITS en la Argentina, N° 35, Año XXI. Diciembre de 2018. Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001385cnt-2018-12-20_boletin-epidemiologico-vih-sida-its_n35.pdf.
3. OMS. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018. Disponible en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/stis-surveillance-2018/en/>.

Vacuna antineumocócica conjugada: beneficios en menores de 5 años y uso en mayores de 65

- *Streptococcus pneumoniae* (neumococo) es la principal causa de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), enfermedad neumocócica invasiva (ENI) y meningitis en menores de 5 años, y de hospitalización de pacientes pediátricos.
- Desde la incorporación de la vacuna antineumocócica conjugada trecevalente (PCV13), se redujeron los episodios de neumonía, los derrames paraneumónicos, la ENI y la meningitis.
- Gracias a las vacunas conjugadas, primero la heptavalente y luego la trecevalente, se observó un fenómeno de “inmunidad de rebaño” (protección de niños y adultos no vacunados), ya que disminuye la portación nasofaríngea del neumococo y su circulación en la comunidad.
- Asimismo, se redujeron el 50 % las hospitalizaciones por ENI, y disminuyó la administración de antibióticos a niños vacunados.
- Los serotipos 4, 15B, 20, 22F aparecieron luego de la introducción de la vacuna.
- Las hospitalizaciones se redujeron el 46,5 % en los adultos mayores de 65 años vacunados.

Prevención de neumonía y enfermedad neumocócica invasiva

Mundialmente, la neumonía causa dos millones de muertes anuales en niños menores de 5 años. El neumococo es el principal agente etiológico de neumonía y la mayor causa de hospitalización y muerte.

En la Argentina, el neumococo también es el principal agente causal de NAC en ese grupo etario, tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados. Es, además, una de las causas más comunes de bacteriemia y meningitis, luego de la introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b en 1990.

En enero de 2012, en la Argentina se incorporó la vacuna PCV13 al Calendario Nacional de Vacunación para menores de 2 años. Se aplica con un **esquema de 2 + 1: dos dosis durante el primer año de vida (2 y 4 meses) y un refuerzo a los 12 meses**. Además, durante el año siguiente a la incorporación, los niños y niñas de entre 13 y 24 meses recibieron dos dosis de *catch-up*.

Durante un estudio publicado recientemente, se realizó la vigilancia de ENI y de NAC en menores de 5 años durante dos períodos, antes de la incorporación de la PCV13 (P1, de 2009 a 2011) y durante los dos años posteriores (P2, de 2012 a 2013), para evaluar los beneficios de la vacunación antineumocócica. Se seleccionaron los menores de 60 meses hospitalizados por ENI o NAC entre julio 2009 y noviembre 2013 en cinco centros pediátricos de diferentes áreas de la Argentina. Se excluyeron aquellos que presentaban NAC o empiema con aislamiento de un patógeno diferente al neumococo durante los primeros tres días posteriores a la admisión¹.

Se definió como ENI la presencia de *S. pneumoniae* en el cultivo microbiológico de fluidos normalmente estériles, como sangre o líquido cefalorraquídeo, pleural, articular o peritoneal. Se definió como NAC cualquier paciente con signos o síntomas clínicos de neumonía y radiografía consistente con neumonía (consolidación o broncograma aéreo), con supuración pleural o sin ella, adquirida fuera del hospital. Si el microorganismo se detecta en hemocultivos, se define como *NAC neumocócica*¹.

Ingresaron, en total, 1528 pacientes (74 % durante P1 y 25,9 % durante P2) con diagnóstico de NAC o ENI.

El 64,6 % de los niños eran menores de 24 meses. Los niños hospitalizados por ENI o NAC durante el P2 eran mayores, diferencia estadísticamente significativa. Dentro de los factores de riesgo observados, la prematuridad fue del 13,9 % en el P1 y del 8,2 % en el P2.

El estudio arrojó los siguientes resultados¹:

- Se **redujeron el 72 % las hospitalizaciones por NAC** luego de haberse incorporado la vacuna PCV13.
- Se redujeron el 64 % las hospitalizaciones secundarias a NAC neumocócica.
- La **tasa de hospitalización por ENI disminuyó el 50 %** durante los dos años posteriores a la introducción de la PCV13.
- Los **serotipos 1, 5, 6B y 14** se aislaron en el 70 % de los casos de ENI durante el P1. Luego de la introducción de la PCV13, dichos serotipos **se redujeron el 70-100 %**.
- Disminuyeron los procedimientos: toracoscopia y drenaje pleural.
- Durante el P2, se detectó la aparición de los serotipos 4, 15B, 20 y 22 F, con un aumento de la incidencia del 6A.
- La estadía hospitalaria fue similar en ambos períodos.
- **La reducción en la carga de enfermedad fue estadísticamente significativa para los menores de 2 años.**
- Si bien disminuyó el número de admisiones por ENI y NAC, la gravedad de las infecciones fue similar en ambos períodos.
- Se demostró un **menor consumo de antibióticos durante el P2.**
- La mortalidad fue del 1 % en ambos períodos.

Prevención de meningitis en pacientes pediátricos

S. pneumoniae fue hasta 2008 el principal agente etiológico de meningitis en el Uruguay. Luego de haber incluido ese año la vacuna heptavalente (PCV7) y en 2010 la PCV13 en el Programa Nacional de Inmunizaciones, se evaluó el beneficio de la vacunación universal contra la meningitis neumocócica².

Ingresaron en el estudio menores de 15 años. Se compararon dos períodos: prevacunación (2005-

2007) y posvacunación (2009-2014) en cuatro instituciones de Montevideo. Se presentan como significativos los resultados que siguen²:

- La **tasa anual promedio de meningitis neumocócica con hospitalización** fue de 5,28 (3,67-7,38) durante el período prevacunación y disminuyó a 1,91 (1,17-2,94) durante el período posvacunación. Esto representó una **reducción del 63,5 %** (Figura 3).
- La tasa anual promedio de meningitis neumocócica causada por serotipos contenidos en la vacuna PCV13 fue del 4,26 % en el período prevacunación y del 0,48 % en la posvacunación.
- Durante 2013 y 2014, **no hubo hospitalizaciones por meningitis neumocócica debida a los serotipos contenidos en la PVC 13.**

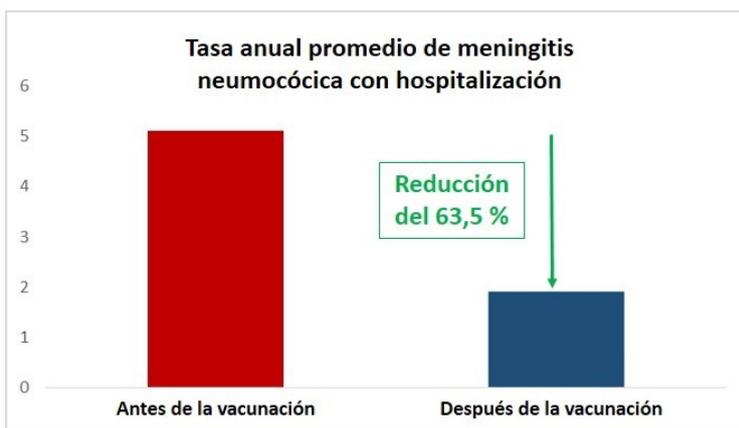


Figura 3. Beneficios de la vacuna antineumocócica conjugada PCV 7/13 en la hospitalización de menores de 15 años por meningitis neumocócica. Uruguay².

Prevención de enfermedad neumocócica en mayores de 65 años³

La vacuna PCV13, comúnmente utilizada en niños, es eficaz también en adultos mayores para prevenir la NAC y la ENI, con persistencia de anticuerpos durante, al menos, cuatro años. Así se demostró en el estudio CAPITA (Community Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults), que incluyó a 84.496 mayores de 65 años⁴.

Los participantes, reclutados en 101 centros de Holanda, se distribuyeron de forma aleatoria en dos grupos: el 50 % de ellos recibió la vacuna PCV13, y el resto, un placebo. Se excluyeron pacientes que habían recibido alguna vacuna aprobada o experi-

mental contra el neumococo, como la vacuna polisacárida PPSV23. Dado que Holanda no adoptó la recomendación de administrarla de forma universal, sino en casos de muy alto riesgo, la mayoría de los adultos de 65 o más años no estaban vacunados. La vigilancia de primeros episodios de NAC y de ENI por serotipos contenidos en la PCV13 se realizó en 59 centros centinela.

El diagnóstico de NAC y ENI se realizó por pruebas estándar de laboratorio y por detección de antígeno urinario específico. Se dispuso de resultados de los ensayos de detección de antígeno urinario específico en el 95 % de los casos que consultaron por posible enfermedad y de resultados de hemocultivos y de cultivos de otras muestras estériles en el 79 % de dichas visitas.

El estudio arrojó los siguientes resultados:

- La **eficacia** de la vacuna para **prevenir el primer episodio de NAC** fue del **45,6 %** (IC del 95,2 %: 21,8-62,5; $P < 0,001$).
- La **eficacia** de la vacuna para **prevenir la ENI** fue del **75 %** (IC: 41,4-90,8; $P < 0,001$).
- La vacuna PCV13 brindó cobertura contra más del 90 % de los serotipos causantes de ENI.
- Durante el mes posterior a la vacunación, los porcentajes de eventos adversos graves y de muertes fue similar en ambos grupos. Sin embargo, como se esperaba, el grupo de pacientes vacunados presentó más reacciones locales, *rash* y mialgias.
- El estudio demostró que **la vacuna PCV13 es eficaz para prevenir la NAC bacteriémica o no bacteriémica** causadas por los serotipos contenidos en la vacuna.

Importante: Factores de riesgo de enfermedad neumocócica en adultos

- Edad mayor de 65 años.
- Inmunocompromiso.
- Enfermedades crónicas: cardiovasculares, renales, hepáticas.
- Diabetes.
- Alcoholismo.
- Asma.
- Tabaquismo.
- Implante coclear.
- Fístula de LCR.

Vacunas antineumocócicas a los 65 o más años^{5,6}

Se recomiendan esquemas combinados de las vacunas conjugada (PCV13) y polisacárida (PPSV23):

- **Si no han recibido la PCV13 o desconocen su estado de inmunidad**, los adultos de 65 o más años deberán recibir, primero, una dosis de PCV13, seguida de una dosis de PPSV23, con un intervalo entre dosis de, al menos, 12 meses.
- **Si no han recibido la PCV13 y recibieron previamente una o más dosis de PPSV23**, deberán recibir una dosis de PCV13 luego de un año de la última dosis de PPSV23.
- **Si recibieron la PPSV23 antes de los 65 años y, en la actualidad, tienen más de 65**, se indica una dosis de PCV13, seguida, al año, de una dosis de PPSV23 (entre la primera dosis de PPSV23 y la última deben pasar, al menos, cinco años).
- **Si tienen 65 o más años e inmunocompromiso, asplenia funcional o anatómica, fístula de LCR o implante coclear**, se recomienda la PCV13 seguida de la PPSV23, con un intervalo entre ellas de, al menos, ocho semanas.

Al cierre de este boletín, la ACIP estaba revisando sus recomendaciones, por lo que pronto podrían informarse novedades.

Bibliografía

1. López E, Glastein E, Ezcurra G, et al. Rapid decrease in rates of hospitalization resulting from invasive pneumococcal disease and community acquired pneumonia in children aged <60 months after 13 valent pneumococcal conjugate vaccine introduction in Argentina. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2018;7(1):30-5.
2. Pirez MC, Mota MI, Giachetto G, et al. Pneumococcal Meningitis Before and After Universal Vaccination With Pneumococcal Conjugate Vaccines 7/13, Impact on Pediatric Hospitalization in Public and Nonpublic Institutions, in Uruguay. *Pediatric Infect Dis J.* 2017;36(10):1000-1.
3. Fundación Centro de Estudios Infecciónológicos (FUNCEI). Prevención de enfermedad neumocócica por vacuna conjugada 13 valente. Boletín epidemiológico N.º 49, abril de 2015. Disponible en <http://www.funcei.org.ar/Profesionales/Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico/Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico/73/boletin-epidemiologico-funceifidec-numero-49-abril-2015/149>.
4. Bonten MM, Bolkenbaas M, Weber C, et al. Polysaccharide Conjugate Vaccine against Pneumococcal Pneumonia in Adults. *N Engl J Med.* 2015;372 (12):1114-25.
5. Tomczyk S, Bennett NM, Stoecker C, et al. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults ≥ 65 years: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014;63(37):822-5.
6. Kobayashi M, Bennett NM, Gierke R, et al. Intervals between PCV13 and PPSV23 vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(34):944-7.

Hepatitis A: brote en los EE. UU. y situación en la Argentina

La transmisión del virus de la hepatitis A (VHA) en los EE. UU. ha aumentado recientemente. Entre 2016 y 2018, se notificaron unas quince mil infecciones a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), que es un incremento del 294 % respecto del período 2013-2015¹. Los datos disponibles al 21 de junio de 2019 son los siguientes²:

- **Casos: 20.512.**
- **Hospitalizaciones: 11.776 (57 %).**
- **Fallecimientos: 194.**
- Estados afectados: 24 (en especial, Kentucky, Ohio y West Virginia).
- Estados que declararon el fin de la epidemia: California y Utah.

Desde 2017, la gran mayoría de las notificaciones se relacionan con **brotes que involucran a personas que consumen drogas o que viven en situación de calle**. También se registraron más casos en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y asociados al consumo de alimentos de importación y contaminados con el VHA. El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) recomienda **vacunar a las poblaciones en riesgo para evitar nuevos brotes**¹.

La hepatitis A se transmite por consumo de agua o de alimentos contaminados, o por contacto directo con una persona infectada. En el pasado, los brotes ocurrían cada 10-15 años y se asociaban con niños asintomáticos. Dejaron de ser la causa de los brotes cuando se adoptó en el mundo la vacunación universal durante la infancia.

Si bien la incidencia de las infecciones por el VHA ha disminuido en todos los grupos etarios, **una gran población (adultos no vacunados que no estuvieron expuestos al virus en la niñez) permanece vulnerable a la infección** por consumo de alimentos contaminados (en general, importados de países con transmisión endémica) y, recientemente, por conductas de riesgo, como el uso de drogas¹.

Históricamente, **el genotipo IA es el de mayor circulación en el norte y en el sur de América**. Entre 2013 y 2018, el genotipo IB predominó en los EE. UU¹. En ese país, la tasa de hepatitis A había disminuido des

Importante: Grupos de riesgo de contraer hepatitis A

- Usuarios de drogas (inyectables o no).
- Personas en situación de calle.
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- Personas privadas de su libertad o recientemente en prisión.
- Pacientes con enfermedad hepática crónica (cirrosis, hepatitis B o hepatitis C).

de 1996, tras la primera recomendación de vacuna contra la hepatitis A. Mientras que los casos notificados fueron solo 1390 durante 2015, se multiplicaron más de diez veces desde 2016, la mayoría entre los grupos de mayor riesgo⁴ (Recuadro).

Recomendaciones

Ventajas de vacuna antihepatitis A para la profilaxis posexposición

Una **dosis de la vacuna** contra la hepatitis A ha demostrado un 95 % de seroprotección en individuos **sanos mayores de 11 años** y ser muy eficaz para controlar los brotes. La **profilaxis posexposición (PEP) con la vacuna o con inmunoglobulina** previene la infección por el VHA cuando se administra **hasta dos semanas después de la exposición**.

El uso como PEP de **la vacuna se recomienda para personas de 12 o más meses** y presenta estas ventajas respecto de la inmunoglobulina: induce inmunidad activa, protege de forma duradera, se administra más fácilmente y tiene mayor aceptación y disponibilidad. Además, genera inmunidad de rebaño⁴.

Sobre la base de la evaluación de riesgo, **además de la vacuna, puede recomendarse para mayores de 40 años la administración de inmunoglobulina**, que es más eficaz en este grupo etario. Sin embargo, luego de la exposición al VHA, no está claro el beneficio comparativo con la vacuna.

Vacunación de personas en situación de calle

La vacuna reduce el riesgo de brotes de gran escala y aumenta la inmunidad de las personas en situación de calle que viven en una comunidad donde el VHA puede diseminarse rápidamente. **El riesgo de que estos individuos mueran es de 1,5 a 11,5 veces superior al de la población general**. Sus condiciones de vida se asocian con grandes inequidades en salud, que incluyen una menor expectativa de vida, poco acceso a servicios de salud y alta morbilidad⁵.

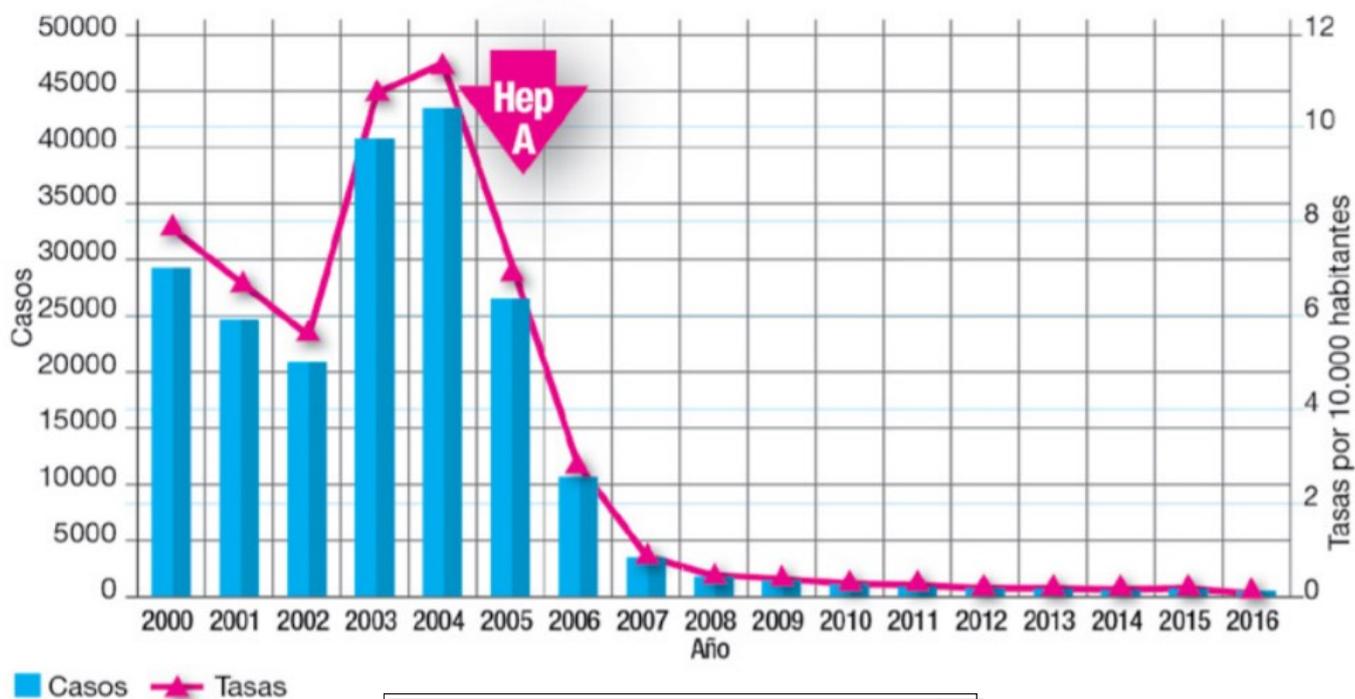


Figura 2. Casos y tasas de hepatitis A. Argentina 2000-2016⁸.

Situación en la Argentina

En la Argentina, se produjeron brotes epidémicos de hepatitis A cada tres o cuatro años hasta 2005, cuando se incorporó la vacuna en el Calendario Nacional de Vacunación para niños y niñas de 12 meses⁶. Según Cristian Biscayart, director de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles de la Secretaría de Gobierno de Salud, **los casos han disminuido significativamente de más de cuarenta mil entre 2003 y 2004 a menos de mil al año en la actualidad, incluidos adultos y niños** (Figura 4). Las coberturas alcanzadas lograron prevenir brotes y detener la transmisión del virus^{7,8}.

Además, hasta la incorporación de la vacuna, la hepatitis A era la causa principal de insuficiencia hepática fulminante (IHF) en menores de 10 años en el país. En algunos casos, se requería un trasplante hepático, con mayor frecuencia en niños de 5 años. En 2004, hubo 25 pacientes con IHF, y la mayoría fueron trasplantados. **Pero el último de estos procedimientos como consecuencia de una por IHF por VHA en la Argentina se hizo en 2006.**

Además de exitosa, la estrategia de inmunización argentina ha sido innovadora, según la OMS, ya que fue el primer país americano en utilizar una sola dosis. Tomó dicha decisión durante un brote, ya que no contaba con los fondos necesarios para financiar ambas dosis.

Bibliografía

1. Foster MA, Hofmeister MG, Kupronis BA, et al. Increase in Hepatitis A Virus Infections - United States, 2013-2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2019;68:413-415.
2. CDC. Brotes de hepatitis A. Disponible en <https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/hepatitis/index.html>.
3. CDC. Widespread outbreaks of hepatitis A across the United States. Disponible en <https://www.cdc.gov/hepatitis/outbreaks/2017March-HepatitisA.htm>.
4. Nelson NP, Link-Gelles R, Hofmeister MG, et al. Update: Recommendations of the Advisory Committee on immunization practices for use of hepatitis A vaccine for postexposure prophylaxis and for preexposure prophylaxis for international travel. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67:1216-20.
5. Doshani M, Weng M, Moore KL, et al. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices for use of hepatitis A vaccine for persons experiencing homelessness. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2019;68(6):153-56.
6. Argentina. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Hepatitis Virales. Hepatitis virales. Guía para los equipos de salud. 2016. Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000780cnt-2016-09_hepatitis-virales-equipos-de-salud.pdf.
7. OPS Argentina. Un freno a la hepatitis A en Argentina. 3 de agosto de 2018 Disponible en https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10248:un-freno-a-la-hepatitis-a-en-argentina&Itemid=268.
8. Argentina. Secretaría de Gobierno de Salud. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Respuesta a las hepatitis virales. Plan Estratégico 2018-2021. Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001400cnt-2019-01_respuesta-hepatitis-virales.pdf.

Notificación breve

República Democrática del Congo: brote de ébola y dificultades para controlarlo

Continúa la epidemia de ébola que comenzó en agosto de 2018 en el noreste de la República Democrática del Congo. **Los casos ascienden a 2181, y ocurrieron más de mil cuatrocientas cincuenta muertes**, lo que corresponde a una **tasa de letalidad del 66 %**. Además, se está controlando a 10.000 de los 12.000 contactos. Sin embargo, **los casos están subnotificados** porque la mayoría desconfía del sistema de salud, permanece en sus hogares y perpetúa así la transmisión¹.

Es la **segunda epidemia de ébola más letal en la historia**, luego de la ocurrida entre 2014 y 2016 en el oeste africano. Afecta el norte de la región de Kivu y la provincia de Ituri, área densamente poblada y con movimientos migratorios hacia las fronteras con Ruanda y Uganda. Actualmente, el epicentro del brote se encuentra en Mabalako. La inseguridad en toda la zona y la desconfianza de la comunidad complican los esfuerzos por controlar el brote. También se teme la diseminación internacional, como ocurrió durante la epidemia previa¹⁻³.

Docenas de **grupos rebeldes operan en la región y generan inseguridad mediante ataques constantes** a centros de atención, al personal sanitario y a los equipos especiales para efectuar entierros seguros⁴. En este último caso, roban los cadáveres para devolverlos a los familiares. Por todo esto, **la ayuda internacional ha disminuido**.

A pesar de la inseguridad en el área, se logró que **133.328 contactos de enfermos recibieran una vacuna experimental pero eficaz (rVSV-ZEBOV)**. Como los enfermos evitan asistir a los centros de atención y optan por permanecer en sus casas, con el riesgo de transmitir el virus a quienes conviven con ellos y a sus vecinos, **la búsqueda de contactos es fundamental para aislarlos, vacunarlos y romper la cadena de contagio**⁵.

Debido al constante movimiento migratorio, **se notificaron también tres casos en Uganda**. Los oficiales de salud autorizaron el uso de tres tratamientos experimentales similares a los utilizados en la República Democrática del Congo. Se trata de los **cócteles de anticuerpos monoclonales ZMapp y REGN-EB3, y de un antiviral, remdesivir**. Continúa la vacunación de los contactos.

El director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, viajó a Uganda para encontrarse con el Ministro de Salud y discutir la respuesta a la epide-

mia. Visitó centros de tratamiento y clínicas de vacunación. Junto con otros expertos, opinan que el riesgo de diseminación internacional es bajo⁵.

El fin de la epidemia es incierto. Las actividades de respuesta son costosas, y son cruciales para contener el brote los entierros seguros y el seguimiento de los contactos, que requiere un equipo especializado.

Bibliografía

1. AP news. Ebola outbreak death top 1,000 in Congo amid clinic attacks. Disponible en <https://www.apnews.com/49fcb435740b4c5b88bab2a1c873b763>.
2. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). Ebola death toll passes 1,000 as outbreak continues to worsen. Disponible en <https://media.ifrc.org/ifrc/press-release/ebola-death-toll-passes-1000-outbreak-continues-worsen/>.
3. PBS. Ebola outbreak grows in Congo after health clinic attacks. Reportaje a periodista de National Geographic. Disponible en <https://www.pbs.org/video/ebola-outbreak-grows-in-congo-after-health-clinic-attacks-1557076931/>.
4. Center for Infectious Disease Research and Policy (CIDRAP). Ebola cases top 2,180 as Uganda OKs experimental therapies. Disponible en <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2019/06/ebola-cases-top-2180-uganda-oks-experimental-therapies>.
5. Center for Infectious Disease Research and Policy (CIDRAP). WHO experts again say Ebola not global health emergency. Disponible en <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2019/06/who-experts-again-say-ebola-not-global-health-emergency>.