

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N.º 114 - Diciembre de 2021

Gripe (influenza) en el contexto de la pandemia de COVID-19 | COVID-19 • Características y evolución clínica de niños y adolescentes hospitalizados • Nuevas recomendaciones de aislamiento de casos y contactos | Notificaciones breves • Fiebre amarilla: situación en América • Sarampión: riesgo de reintroducción en la Argentina

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

MÁS INFORMACIÓN

Twitter: @EpidemiologiaFUNCEI

FIDEC

1390 S Dixie Hwy, suite 1106

Miami FL 33146

Tel.: 305 854 0075

www.fidex-online.org

FUNCEI

French 3037

C1425AWK, CABA (Argentina)

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

www.funcei.org.ar

Gripe (influenza) en el contexto de la pandemia de COVID-19

Los casos de gripe A(H3N2) han aumentado en algunos países de América, en especial, en la región norte y andina, y en el Brasil^{1,2}. Por este motivo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendaron a los Estados miembro **adoptar las medidas necesarias para prepararse para la circulación simultánea de los virus de la gripe y del SARS-CoV-2**¹. Llamaron a garantizar el abordaje clínico adecuado, que incluye adquirir antivirales, administrarlos con rapidez a las personas en riesgo de presentar formas graves de la enfermedad (véase el recuadro) y continuar con la vacunación para prevenir las complicaciones de la gripe y las muertes¹.

Desde que se introdujo el SARS-CoV-2 en la región de las Américas y a pesar del uso intensivo de pruebas de detección, los casos de gripe registrados han sido excepcionalmente bajos. Sin embargo, durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE) de 2021, **ha ido aumentando la actividad de los virus de la gripe, en particular del A(H3N2)**. Este incremento se relaciona, entre otros factores, con el

Personas con mayor riesgo de complicaciones de la gripe¹

- Mayores de 65 años.
- Menores de 2 años.
- Gestantes o en puerperio.
- Con enfermedad crónica: cardíaca, pulmonar, insuficiencia renal crónica, metabólicas (por ejemplo, diabetes), neuromuscular, hepática y hematológica).
- Con inmunosupresión o inmunodepresión, por ejemplo, por VIH/sida, neoplasias, quimioterapia, uso crónico de corticoesteroides.
- Con obesidad mórbida (índice de masa corporal superior a 40).

La mayoría de estas personas también tienen mayor riesgo de hospitalización y muerte por COVID-19.

inicio de la temporada de gripe en el hemisferio norte, con el aumento de la movilidad de la población y con la flexibilización de las medidas de salud pública. Se resume debajo la situación epidemiológica en las zonas más afectadas.

América del Norte. Las detecciones muestran una tendencia ascendente. Aunque la gravedad de la enfermedad sigue siendo baja, las hospitalizaciones y las

muerter están aumentando^{1,2}. En los EE. UU., el porcentaje de casos de enfermedad tipo influenza superó la línea de base nacional, y la actividad continuó aumentando en las zonas oriental y central del país. Son numerosas las detecciones en niños y adultos jóvenes, de 5-24 años. **Predomina la gripe A(H3N2).**

Subregión andina. La actividad se mantuvo muy baja; sin embargo, las detecciones de gripe A(H3N2) continúan en aumento en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú^{1,2}.

Brasil y Cono Sur. Desde la SE 49 de 2021, la actividad de los virus de la gripe se ha mantenido en niveles interestacionales; sin embargo, **los casos siguen aumentando en Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.** La actividad y la tendencia ascendente de casos de gripe A(H3N2) son más marcadas en el Brasil^{1,2}.

Uso de oseltamivir¹

El cuadro clínico de la gripe y de la COVID-19 es muy similar, en especial en las fases iniciales, aunque tienen distinta gravedad y mortalidad. Se han desarrollado estrategias para el diagnóstico precoz y para el tratamiento farmacológico y no farmacológico, además de la vacunación específica.

Se recomienda emplear oseltamivir en los siguientes grupos:

- Pacientes con riesgo de enfermedad grave.
- Pacientes con evolución desfavorable, con empeoramiento clínico.
- Pacientes hospitalizados.

De acuerdo con revisiones sistemáticas y metaanálisis de estudios aleatorizados y controlados, administrar oseltamivir hasta 48 h después del inicio de los síntomas reduce la necesidad de hospitalización, las muertes y las complicaciones pulmonares. **Debe considerarse administrar oseltamivir hasta 48 h después del inicio de los síntomas si se sospecha o confirma la infección por virus de la gripe.** El tratamiento antiviral debe iniciarse incluso antes de la confirmación de laboratorio porque tiene más éxito si se inicia en forma rápida. Luego debe continuarse o interrumpirse según los resultados de las pruebas. Asimismo, cualquier persona con un cuadro clínico grave o progresión de enfermedad respiratoria debe recibir antivirales tan pronto como se sospeche que tiene gripe.

Prevención

La vacunación antigripal no es una estrategia para controlar los brotes, sino una medida para prevenir las complicaciones de la enfermedad, los casos graves y

las muertes. **Se recomienda a todos los grupos de riesgo vacunarse antes de que comience la temporada de gripe.** En la Argentina, la vacuna está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación, por lo que es gratuita para todas estas personas.

Además, se debe reforzar la higiene frecuente de manos y superficies, la ventilación y la higiene respiratoria. Las personas con fiebre no deben ir a lugares de trabajo o públicos. Los niños con síntomas respiratorios o fiebre tampoco deben ir al jardín ni a la escuela.

Vigilancia

La OPS y la OMS recomiendan fortalecer los sistemas de vigilancia centinela de la enfermedad tipo influenza (ETI) y de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) para señalar el inicio y el fin del período epidémico de influenza; identificar la circulación de virus y su relación con los patrones regionales y globales; y monitorizar el comportamiento epidemiológico, las tendencias y la gravedad clínica. En la Argentina, el Ministerio de Salud publica los resultados de la vigilancia en el *Boletín Integrado de Vigilancia*.

Bibliografía

1. OPS y OMS. Influenza en el contexto de la pandemia por COVID-19. Actualización 28 de diciembre 2021. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-28-diciembre-2021>.
2. OPS y OMS. Informe de situación de Influenza. Actualización regional - Semana Epidemiológica 50, 2021. Disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>.

COVID-19: características y evolución clínica de niños y adolescentes hospitalizados

- En los EE. UU., por la circulación de la variante delta, aumentaron las hospitalizaciones de niños y adolescentes relacionadas con la COVID-19.
- Según un estudio reciente, presentaban infección aguda el 77,9 % de los pacientes hospitalizados.
- El 61,4 % de los pacientes entre 12 y 17 años tenían obesidad. Un tercio de los menores de 5 años presentaba una coinfección viral.
- El 99,6 % de los adolescentes no se había vacunado, aunque ya estaba disponible la vacuna.

Durante junio de 2021, la variante delta del SARS-CoV-2, que es muy transmisible, se convirtió en la de mayor circulación en los EE. UU. **Las hospitalizaciones pediátricas aumentaron en julio y agosto, con un pico en septiembre.** Para establecer signos y síntomas de COVID-19 en estos pacientes, describir el curso de la enfermedad e identificar los factores que los predispusieron a la internación durante el mencionado período, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), junto con seis hospitales pediátricos **revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de menores de 18 años con ingresos relacionados con la COVID-19¹.**

Se identificaron 915 pacientes. En la Figura 1, se representa la proporción de internaciones según distintas causas¹. Al analizar las edades de los 713 chicos hospitalizados por COVID-19, se obtuvieron los siguientes resultados¹:

- Menos de 1 año: 24,7 %.
- De 1 a 4 años: 17,1 %.
- De 5 a 11 años: 20,1 %.
- De 12 a 17 años: 38,1 %.

En la Figura 2, se resumen otros hallazgos en el subgrupo de pacientes hospitalizados por COVID-19¹. **Obesidad y asma fueron las enfermedades preexistentes más comunes.** El 61,4 % los adolescentes de 12 a 17 años tenían obesidad¹. Ingresaron en unidades de cuidados intensivos el 34,7 % de los pacientes con enfermedades preexistentes y el 41,1 % de los que presentaban obesidad.

Además, **se identificó el virus sincicial respiratorio en el 66,4 % de los chicos con coinfecciones virales.** Un tercio de los menores de 5 años estaban coinfectados por el SARS-CoV-2 y por algún

otro virus. El 69,0 % de los pacientes con coinfección viral requirió oxígeno terapia¹.

La mediana de estadía hospitalaria fue de 3 días y subió a 4 días en los adolescentes de 12-17 años. La mediana de uso de ventilación mecánica invasiva fue de 7 días; la necesitaron el 14,5 % de los pacientes con apoyo respiratorio¹.

Aunque el 12 de mayo de 2021 los CDC habían recomendado la vacuna a base de ARN mensajero para adolescentes de 12 a 17 años, solo **1 de los 272 pacientes de ese grupo etario tenía el esquema completo(0,4 %)**, y 12 tenían el esquema incompleto (4,4 %). En cambio, la vacunación para niños de 5-11 años comenzó en noviembre de 2021, fuera del período considerado en este estudio¹. Sus autores citan una investigación previa en la que se concluyó que, en el caso de los adolescentes, **la tasa de hospitalización de los no vacunados era 10 veces mayor a la correspondiente a los vacunados².** De acuerdo con otro trabajo, **los chicos hospitalizados que no están vacunados pueden presentar formas graves de la COVID-19³.** Esto refuerza la importancia de la vacunación.

Los autores del estudio resumido advierten que una de sus limitaciones es que los datos corresponden a solo seis hospitales, cinco de los cuales se ubican en el sur de los EE. UU. Allí, en comparación con otras regiones, **es más elevada la proporción de adolescentes con obesidad.** Además, los hallazgos podrían relacionarse con prácticas distintas en los hospitales y no reflejar las diferencias en la gravedad de la COVID-19 por la variante delta. Otra limitación son datos incompletos en las historias clínicas o falta de registros, que subestiman, por ejemplo, la frecuencia de vacunación. A esto se suma que **la campaña de vacunación solo llevaba de dos a tres meses, y esto contribuyó a la baja**

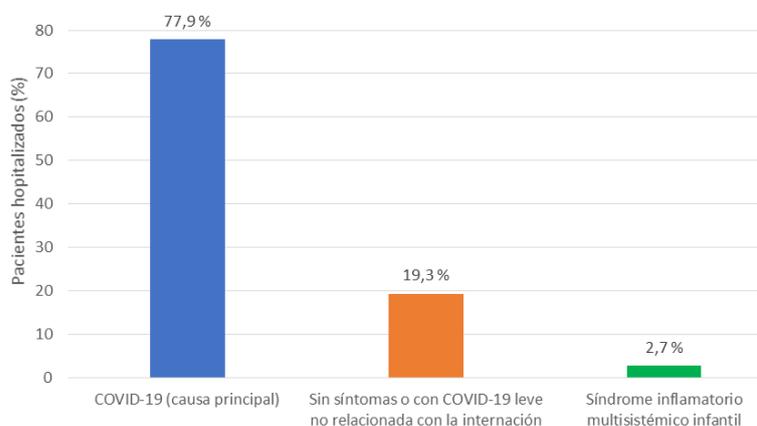


Figura 1. Causas de hospitalización de 915 niños y adolescentes menores de 18 años entre julio y agosto de 2021 en seis centros de salud de los EE. UU.¹.

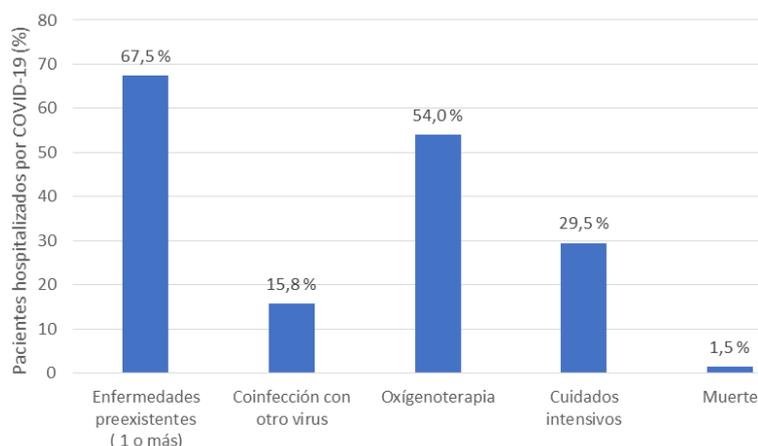


Figura 2. Curso de la enfermedad y los factores de riesgo en 713 menores de 18 años hospitalizados por COVID-19 entre julio y agosto de 2021 en seis centros de salud de los EE. UU.¹.

proporción de vacunados. Por último, puede haberse subestimado el porcentaje de niños con síndrome inflamatorio multisistémico infantil porque se seleccionaron pacientes con resultados positivos de la PCR o del test de antígeno. Se destaca la importancia de la vacunación y otras estrategias para proteger de niños y adolescentes.

Bibliografía

1. Wanga V, Gerdes M, Shi DS, et al. Characteristics and clinical outcomes of children and adolescents aged <18 years hospitalized with COVID-19 — Six hospitals, United States, July–August 2021. MMWR. 2021;70(5152):1766-72. Disponible en <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm705152a3-H.pdf>.
2. Delahoy MJ, Ujamaa D, Whitaker M, et al. COVID-NET Surveillance Team. Hospitalizations associated with COVID-19 among children and adolescents—COVID-NET, 14 States, March 1, 2020–August 14, 2021. MMWR. 2021;70:1255-60. Disponible en <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7036e2>.
3. Woodruff RC, Campbell AP, Taylor CA, et al. COVID-NET Surveillance Team. Risk factors for severe COVID-19 in children. Pediatrics 2021:e2021053418. Disponible en <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053418>.

COVID-19: nuevas recomendaciones de aislamiento de casos y contactos

En la Argentina, el Ministerio de Salud actualizó las recomendaciones de aislamiento de casos confirmados de COVID-19 y de sus contactos estrechos. Se presentan los nuevos criterios en los cuadros 1 (en esta página) y 2 (en la página siguiente)¹.

Para identificar contactos estrechos, deben tenerse en cuenta estas clasificaciones¹:

Contacto estrecho en barrios populares o en instituciones cerradas o de internación prolongada: toda persona que comparta habitación, baño o cocina con casos confirmados; o toda persona que acuda a centros comunitarios (comedor, club, iglesia, etc.).

Contacto estrecho en personal de salud: se considera expuestos a quienes, sin emplear correctamente equipo de protección personal, hayan permanecido a una distancia menor de 2 m de un caso confirmado durante, por lo menos, 15 min (compartir consultorio o sala de espera); hayan tenido contacto directo con secreciones o con el entorno de un paciente confirmado; o hayan estado en el mismo ambiente durante la realización de procedimientos que generan aerosoles.

Contacto estrecho en un avión o bus: todos los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor del caso confirmado e integrantes de la tripulación que hayan tenido contacto con casos confirmados cuyos síntomas comenzaron hasta 48 h después del viaje o que recibieron al confirmación durante ese período.

Bibliografía

1. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para equipos de salud. Medidas ante casos y contactos; 29 de diciembre de 2021. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/medidas-ante-casos-y-contactos>.

Cuadro 1. Nuevos criterios de aislamiento de casos confirmados de COVID-19¹.

Antecedentes de vacunación	Período de aislamiento	
	Desde el inicio de los síntomas	Desde el diagnóstico (asintomáticos)
No vacunados	10 días	10 días
Con esquema incompleto		
Con esquema completo ^a	7 días si durante las 48 h previas no han tenido síntomas o si estos fueron leves	7 días
	Luego del aislamiento, 3 días de cuidados especiales: <ul style="list-style-type: none"> • No ir a eventos masivos ni reuniones sociales. • Utilizar barbijo en forma permanente en ambientes cerrados o abiertos. • Mantener distancia social. • Extremar cuidados ante la presencia de personas con factores de riesgo. 	
A los casos confirmados se les inhabilitará el pase sanitario durante 10 días.		

^a Con menos de cinco meses de completado o de aplicada la dosis de refuerzo.

Cuadro 2. Nuevos criterios de aislamiento de contactos estrechos de casos confirmados de COVID-19¹.

Antecedentes de vacunación	Período de aislamiento desde el último contacto estrecho	
Asintomáticos		
No vacunados	10 días	7 días + test negativo a partir del día 7 + 3 días de cuidados especiales: <ul style="list-style-type: none"> • No ir a eventos masivos ni reuniones sociales. • Utilizar barbijo en forma permanente en ambientes cerrados o abiertos. • Mantener distancia social. • Extremar cuidados en presencia de personas con factores de riesgo.
Con esquema incompleto		
Con esquema completo ^a	5 días + 5 días de cuidados especiales Se podrá indicar el test diagnóstico luego del quinto día en situaciones especiales (p. ej., trabajadores en contacto con población de riesgo).	
Sintomáticos		
Si se confirman por diagnóstico etiológico o por criterio clínico-epidemiológico, deben cumplir con el aislamiento de caso confirmado que corresponda al antecedente de vacunación.		

^a Con menos de cinco meses de completado o de aplicada la dosis de refuerzo.

Notificaciones breves

Fiebre amarilla: situación en las Américas¹

Durante 2021, **cuatro países de la Región de las Américas –Brasil, Bolivia, Perú y Venezuela– notificaron casos confirmados de fiebre amarilla.** La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud alentaron a mantener los esfuerzos para **vacunar a la población de las áreas de riesgo y a los viajeros que se dirigen a estas zonas.** A continuación, se resume la situación epidemiológica de tres de ellas.

Brasil. Entre julio de 2020 y junio de 2021, se notificaron 527 casos humanos sospechosos, de los cuales 9 (1,7 %) se confirmaron, 13 se encuentran en investigación y 500 (94,9 %) se descartaron. **Todos los casos confirmados, entre ellos tres fatales, se registraron en Santa Catarina.** El rango de edad de las personas diagnosticadas fue de 18 años a 67 años, y **8 de ellas no tenían antecedente de vacunación o desconocían si estaban vacunadas.** Entre el 1 de julio y el 23 de diciembre de 2021, se notificaron 103 casos sospechosos, de los cuales se confirmó uno en el estado de Pará y se siguen investigando 35. Durante el mismo período, se registraron 276 epizootias en primates no humanos: 13 confir-

madadas en los estados de Minas Gerais y Santa Catarina y 10 en investigación. La cantidad de casos reportados durante el período estacional 2020-2021 es **significativamente menor a la observada en los dos períodos anteriores.**

Perú. Entre las semanas epidemiológicas 1 y 49 de 2021, se registraron 18 casos, **todos sin antecedente de vacunación.** Estas notificaciones corresponden a los departamentos de Loreto, Puno, Ucayali y San Martín.

Venezuela. Entre las semanas epidemiológicas 39 y 49 de 2021, se registraron 11 casos en el estado de Monagas, todos confirmados por pruebas de laboratorio. **Nueve carecían de antecedente de vacunación.**

Bibliografía

1. OPS y OMS. Actualización Epidemiológica. Fiebre Amarilla. 28 diciembre 2021. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-fiebre-amarilla-28-diciembre-2021>.

Sarampión: riesgo de reintroducción en la Argentina¹

La Argentina eliminó el sarampión en el año 2000 y mantiene desde entonces la categoría de país libre

de la enfermedad. Sin embargo, **hubo brotes recientes en el Brasil, y el virus continúa circulando en otros países de América** y del resto del mundo. Por este motivo, el Ministerio de Salud advirtió emitió una alerta epidemiológica para que la comunidad, los viajeros y los equipos de salud **fortalezcan las medidas preventivas, en especial la vacunación**, y evitar así casos importados y que la infección se reintroduzca en el país.

La vacuna triple viral, contra el sarampión, la rubéola y la papera, está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación para niñas y niños. **Reciben la primera dosis al cumplir 12 meses y la segunda al cumplir 5 años (ingreso escolar)**. El Ministerio recomendó a los equipos de salud que **aprovechen todo contacto de la población con el sistema sanitario para controlar el carnet de vacunas** y completar los esquemas de esta u otras vacunas. Además, emitió recomendaciones específicas para viajeros (véase el recuadro).

También recuerda la importancia de intensificar la sospecha clínica e implementar medidas de vigilancia que permitan acciones oportunas de control.

El sarampión es una enfermedad viral muy transmisible. Se disemina con facilidad por contacto directo con secreciones respiratorias que la persona infectada elimina al hablar, toser o estornudar, o por contacto con cualquier objeto contaminado con ellas. Provoca fiebre, erupción en la cara y en el cuello que se va extendiendo al resto del cuerpo, secreción nasal, conjuntivitis y tos. Aparecen también pequeñas manchas blancas en la cara interna de la mejilla.

Hasta octubre de 2021, se notificaron a la Organización Mundial de la Salud 43.203 casos de sarampión; la mayoría de ellos, en la Región del Mediterráneo Oriental y África. El virus sigue circulando en América. **Este año, dos países y un territorio de América notificaron casos confirmados de sarampión: el Brasil** (619 casos confirmados y 2 defunciones en Amapá, Pará, Alagoas, San Pablo, Ceará y Río de Janeiro), **los EE. UU.** (47 casos confirmados) y la **Guayana Francesa** (5 casos confirmados).

Bibliografía

1. Argentina. Ministerio de Salud. Por aparición de brotes de sarampión en la región, el Ministerio de Salud alerta sobre el riesgo de reintroducción del virus en nuestro país. Comunicado de prensa; 24 de noviembre de 2021. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/por-aparicion-de-brotos-de-sarampion-en-la-region-el-ministerio-de-salud-alerta-sobre-el>.

Recomendaciones de vacunación para viajeros¹

El Ministerio de Salud recomienda a los residentes argentinos que viajen al exterior que se aseguren de **tener completo el esquema** de vacunación contra el sarampión y la rubéola:

- **Bebés menores de 6 meses:** son el grupo más vulnerable al sarampión, pero no pueden vacunarse. Por lo tanto, se aconseja aplazar o reprogramar el viaje.
- **Bebés de 6 a 11 meses:** deben recibir **una dosis** de la vacuna doble viral o triple viral. Esta dosis no reemplaza a la primera dosis incluida en el calendario nacional, que recibirán al cumplir 12 meses.
- **Niños de 12 meses:** deben recibir **una dosis** de la vacuna triple viral, que es la primera dosis incluida en el calendario.
- **Niños de 13 meses a 4 años inclusive:** deben acreditar, al menos, **dos dosis** de la vacuna triple viral.
- **Niños mayores de 5 años y adolescentes:** deben acreditar, al menos, **dos dosis** de alguna vacuna contra el sarampión (doble o triple viral) aplicada después del año de vida o deben tener **anticuerpos IgG** contra sarampión (prueba serológica positiva).
- **Adultos de 18 o más años:** deben acreditar, al menos, **dos dosis** (vacuna doble viral). Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no deben vacunarse.
- **Embarazadas:** deben acreditar, al menos, **dos dosis** (doble viral) aplicadas después del año de vida o deben tener anticuerpos IgG contra sarampión (prueba serológica positiva). De lo contrario, se les aconseja que consideren aplazar o reprogramar el viaje.