

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N.º 115 - Marzo de 2022

Argentina: brote de gripe A(H3N2) en contexto de COVID-19 | Vacuna Sputnik V: evaluación de la respuesta de anticuerpos en el personal sanitario | Alerta por caso importado de sarampión en la ciudad de Buenos Aires | Notificación breve • Qatar: caso confirmado de MERS

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

Argentina: brote de gripe A(H3N2) en contexto de COVID-19

- Los casos confirmados de gripe, en especial A(H3N2), han ido aumentando desde comienzos de 2022.
- Los distritos más afectados son las provincias de Buenos Aires, Salta, Santa Fe y Tucumán, y la ciudad de Buenos Aires.
- La vacuna antigripal, incluida en el Calendario Nacional de Vacunación, previene las complicaciones, hospitalizaciones y muertes.
- Es fundamental que se vacune el personal sanitario, las personas con factores de riesgo y quienes conviven con ellas.
- Además, debe aprovecharse la oportunidad para vacunar contra el neumococo, según corresponda.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la 8 de 2022, **fue aumentando la cantidad de muestras positivas por virus de la gripe,**

en especial de A(H3N2), tendencia que comenzó en la SE 49 de 2021. En cambio, desde que se empezó la pandemia de COVID-19 hasta esa fecha, había sido poco significativa la circulación de virus causantes de infecciones respiratorias, con excepción del SARS-CoV-2, por el distanciamiento social, el uso de barbijo y otras medidas de salud pública implementadas. Desde comienzos de este año y a diferencia de los anteriores, **los virus de la gripe son los virus respiratorios predominantes** (Figura 1, gráfico principal; véase la página siguiente)¹.

De 794 casos de gripe registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2,0}) entre la SE 1 y la SE 8 de 2022, **se subtipificaron 389 virus, 385 A(H3N2) y 4 A(H1N1)** (Figura 1, gráfico secundario). La mayoría de las personas afectadas fueron **menores de 5 años o adultos de 25 años a 34 años**, aunque se detectaron casos en todos los grupos etarios. Hubo seis muertes por gripe hasta la SE 8. Las jurisdicciones con más casos confirmados son las **provincias de Buenos Aires, Salta, Santa Fe y Tucumán, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**¹.

Asimismo, el Laboratorio Nacional de Referencia de Enfermedades Respiratorias Virales, Centro Nacional de Influenza de

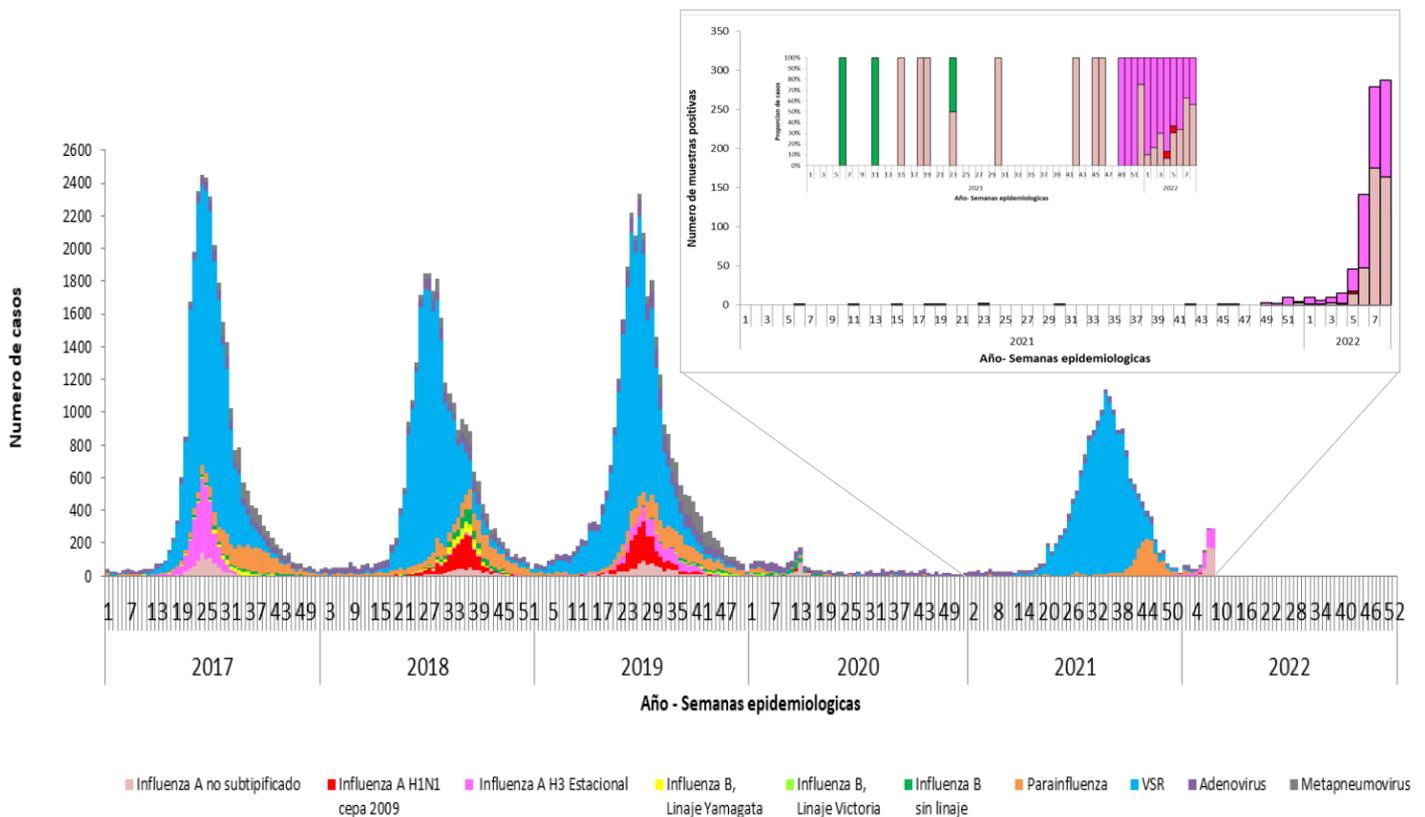


Figura 1. Distribución de casos de infecciones respiratorias (gráfico principal) y solo de gripe (gráfico secundario) en la Argentina según el año, la semana epidemiológica y los tipos, subtipos o linajes virales¹.

la Organización Mundial de la Salud, del INEI-ANLIS, identificó el subtipo A(H3N2) en 860 de 928 muestras de secreciones respiratorias recibidas entre la SE 49 de 2021 y la SE 10 de 2022 para estudios de caracterización viral. Los principales hallazgos fueron los siguientes¹:

- La mayoría de las muestras correspondían a **menores de 5 años**, aunque se recibieron muestras de pacientes de todas las edades (Figura 2).
- Los virus A(H3N2) identificados se ubicaron en el clado genético 3C.2a1b.2a.2, **similares al componente de la vacuna antigripal** que se aplica en el hemisferio sur en 2022.
- Los virus estudiados estaban emparentados con virus detectados de forma reciente en el Cono Sur (localidades del Brasil y de Chile).

Al cierre del informe, se encontraba pendiente la caracterización de 68 virus de tipo A¹.

Claves sobre la gripe²

Es una infección viral que afecta la nariz, los bronquios y, a veces, los pulmones. Se describen a continuación otras características:

- **Síntomas:** fiebre alta, dolor muscular, malestar general, cefalea, tos seca, dolor de garganta y rinitis.
- **Transmisión:** de persona a persona a través de gotitas de Flügge (expulsadas al hablar, toser o es-

torñar). Suele diseminarse con rapidez y causar epidemias estacionales.

- **Período de incubación:** dos días (varía de uno a cuatro días).
- **Tratamiento:** la mayoría de las personas afectadas se recuperan en una o dos semanas sin necesidad de tratamiento. Sin embargo, algunas personas tienen más riesgo de neumonía, complicaciones de enfermedades preexistentes, hospitalizaciones y, en consecuencia, muerte.

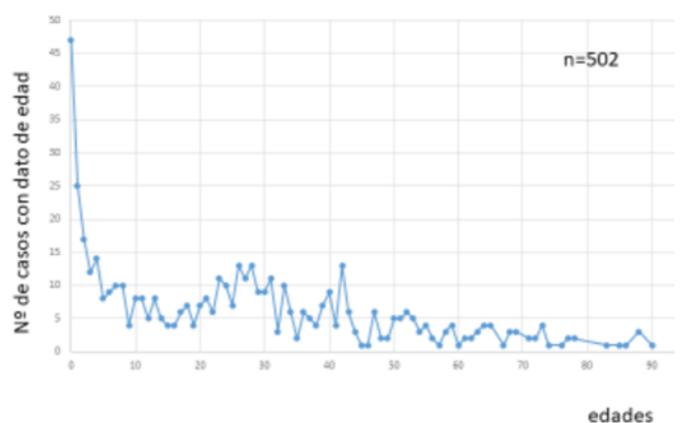


Figura 2. Distribución según la edad de los casos de gripe A(H3N2) caracterizados por el Laboratorio Nacional de Referencia (de la SE 49 de 2021 a la SE 10 de 2022)¹.

- **Grupos de riesgo:** embarazadas, menores de 59 meses, adultos de 65 o más años, y personas con enfermedades crónicas o que afectan o disminuyen la inmunidad.
- **Morbimortalidad:** las epidemias anuales causan de tres a cinco millones de casos graves y de 290.000 a 650.000 muertes. En los países industrializados, la mayoría de las muertes relacionadas con la gripe son de mayores de 65 años.

Vacunación antigripal³

En la Argentina, la vacuna antigripal está **incorporada en el Calendario Nacional de Vacunación** para disminuir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas ocasionadas por la enfermedad en la población en riesgo. **En el sector público, se administra la vacuna trivalente inactivada**, con adyuvante o sin él, formulada a base de antígenos de superficie de virus de la gripe (hemaglutinina y neuraminidasa) cultivados en huevos fecundados de gallinas sanas e inactivados con formaldehído. Su composición en 2022 es la siguiente:

- A/Victoria/2570/2019 (H1N1) (cepa análoga: A/Victoria/2570/2019, IVR-215).
- A/Darwin/9/2021 (H3N2) (cepa análoga: A/Darwin/6/2021, IVR-227).
- B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria) (cepa análoga: B/Austria/1359417/2021, BVR-26).

En el sector privado, está disponible la **vacuna cuadrivalente**.

Según indica el Ministerio de Salud, la vacunación antigripal debe efectuarse en forma oportuna, idealmente **antes del comienzo del invierno** (etapa de mayor circulación del virus). Si la situación epidemiológica nacional y local lo amerita, podrá continuarse mientras haya circulación viral. En el recuadro, se enumeran los grupos que conforman la población objetivo.

Se considera que presentan más riesgo de complicaciones, hospitalización y muerte las personas que tienen las siguientes enfermedades, cuadros o antecedentes médicos:

- **Respiratorias:** EPOC, enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística, asma moderada y grave.
- **Cardíacas:** insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatías y cardiopatías congénitas.
- **Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas** (no oncohematológicas), p. ej., VIH/sida, por tratamiento inmunosupresor o con corticoides en altas dosis (más de 2 mg/kg/d de metilprednisona o más de 20 mg/d, o su equivalente durante más de

Población objetivo de la vacunación antigripal³

- **Personal sanitario.**
- **Personas gestantes:** en cada embarazo y durante cualquier trimestre de la gestación.
- **Púerperas:** hasta egresar de la maternidad (a lo sumo 10 días) si no se vacunaron en el embarazo.
- **Niños y niñas de 6 meses a 24 meses:** deben recibir dos dosis si se vacunan por primera vez o si no las recibieron con anterioridad.
- **Personas de 2 años a 64 años con factores de riesgo.**
- **Personas de 65 o más años:** se aprovechará la oportunidad para aplicar también la vacuna contra neumococo, según corresponda.
- **Personal estratégico:** según la disponibilidad de dosis y la dinámica habitual de la vacunación antigripal, podrán incorporarse los mismos grupos alcanzados en años previos.

14 d), asplenia funcional o anatómica, desnutrición grave.

- **Neoplasias malignas:** tumor de órgano sólido en tratamiento, enfermedad oncohematológica, hasta seis meses posteriores a la remisión completa.
- **Trasplante de órganos sólidos o precursores hematopoyéticos.**
- **Diabetes.**
- **Obesidad mórbida** (índice de masa corporal >40).
- **Insuficiencia renal crónica** en diálisis o expectativa de iniciar diálisis en los siguientes seis meses.
- **Retraso madurativo grave** en menores de 18 meses.
- **Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con afectación respiratoria y malformaciones congénitas graves.**
- **Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico** (menores de 18 años).

Además, es prioritario que se vacunen **quienes conviven con personas con enfermedad oncohematológica o con recién nacidos prematuros** cuyo peso es menor de 1500 g.

Coberturas de vacunación antigripal durante la pandemia

El objetivo de la vacunación antigripal es lograr **una cobertura ≥ 95 % en cada grupo³**. Sin embargo, estu-

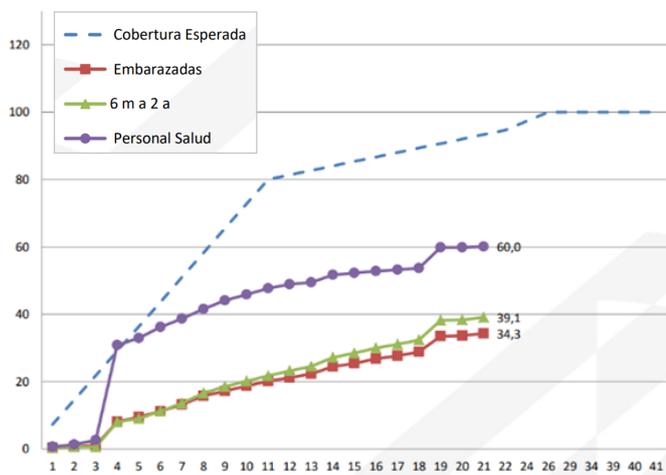


Figura 4. Avance de metas de la vacunación antigripal por grupos en la Argentina durante 2021⁴. m: meses; a: años.

vieron por debajo de la esperada en grupos prioritarios hasta septiembre de 2021, como se muestra en la Figura 4⁴. También fueron inferiores a las alcanzadas en 2020: 125 % (personal sanitario), 77 % (embarazadas), 85 % (niños de 6 meses a 24 meses, primera dosis) y 69 % (niños de 6 meses a 24 meses, segunda dosis)⁵.

A la vez, con respecto a 2020, disminuyó en 2021 la cantidad de dosis aplicadas a mayores de 65 años y a personas de 2 años a 64 años con factores de riesgo como se muestra en la Tabla 1. Si se tiene en cuenta que la población de 65 o más años estimada al 1 de julio de 2019 era de 5.103.9686, las dosis aplicadas en 2021 apenas llegarían a cubrir al 20 % de ese grupo etario.

Como comparación, las coberturas de vacunación en los EE. UU. en 2021 fueron las siguientes⁷:

- Niños y adolescentes (de 6 meses a 17 años; una o más dosis): 58,6 % (menor que en 2020).

Tabla 1. Dosis aplicadas hasta la semana 21 de vacunación antigripal en 2020 y 2021 en la Argentina⁴.

Grupo	Dosis	
	2020 ^a	2021 ^b
Personas ≥65 años	2.445.526	1.045.679
Personas 2-64 años con factores de riesgo	2.627.685	1.289.719

^a Agrupado numérico. ^b Nominal.

- Jóvenes y adultos (≥18 años): 50,2 % (mayor que en 2020).

Durante la última temporada de gripe en ese país (2021-2022), se registraron estos datos de morbi-mortalidad⁸:

- Enfermos: 3.500.000-5.800.000.
- Consultas médicas: 1.600.000-2.700.000.
- Hospitalizaciones: 34.000-69.000.
- Muertes: 2000-5800.

Bibliografía

1. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Actualización epidemiológica. Circulación de influenza en contexto de la pandemia de COVID-19, 16 de marzo de 2022. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/Actualizacion-influenza-16-03-2022.pdf>.
2. OPS. Influenza y otros virus respiratorios. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/influenza-otros-virus-respiratorios>.
3. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Guía rápida de vacunación antigripal 2022. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-rapida-de-vacunacion-antigripal-2022>.
4. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. CoNaln. Vacunación antigripal 2021. Avance de metas; 9 de septiembre de 2021. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/avance_vacuna_antigripal_conain_09_09_2021.pdf.
5. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. CoNaln. Vacunación antigripal 2021. Avance de metas; 19 de mayo de 2021. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/04/vacunacion-antigripal-2021-avance-de-metas-conain-19-05-2021.pdf>.
6. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Información Básica. Argentina-Año 2019. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero63.pdf>.
7. CDC. Flu Vaccination Coverage, United States, 2020–21 Influenza Season; 7 de octubre de 2021. Disponible en <https://bit.ly/3Kc0GwZ>.
8. CDC. Temporada de influenza 2021-2022 en los EE. UU.: estimaciones preliminares de la carga de la influenza durante la temporada; 1 de abril de 2022. Disponible en <https://espanol.cdc.gov/flu/about/burden/preliminary-in-season-estimates.htm>.

JORNADA SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
EN CONTEXTO DE PANDEMIA



Acceda directamente al video haciendo clic sobre la imagen.

Vacuna Sputnik V: evaluación de la respuesta de anticuerpos en el personal sanitario

La vacuna Sputnik V contra la COVID-19 fue la primera en administrarse en la Argentina y la más utilizada en el personal sanitario. La mayoría completó en los primeros meses de 2021 el esquema recomendado: dos dosis separadas por un intervalo de 21 días, por lo menos¹.

En el ensayo de fase III, la eficacia global para prevenir la infección fue del 91,6 %, y la **tasa de seroconversión superó el 95 %**¹. En condiciones reales, la efectividad para evitar la muerte en personas mayores de 60 años fue del 93 %, de acuerdo con un estudio en terreno realizado en la Argentina². La tasa de seroconversión y la magnitud de la respuesta humoral observada en otros estudios nacionales fueron elevadas, en especial en personas que habían tenido COVID-19^{3,4}. Sin embargo, **los factores asociados con una mayor respuesta humoral no han sido bien caracterizados**. Se realizó, entonces, el estudio que se resume a continuación⁵.

Objetivos

- Evaluar la respuesta de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en el personal sanitario con esquema completo de la vacuna Sputnik V.
- Evaluar la relación de la respuesta de anticuerpos con la edad, el sexo, las enfermedades preexistentes, el antecedente de COVID-19, el intervalo entre dosis y los eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización.

Métodos

Este **estudio observacional prospectivo** en personal sanitario que había recibido el esquema completo de la vacuna Sputnik V se realizó en un hospital de la ciudad de Buenos Aires entre abril y julio de 2021 (coincidió con la segunda ola de COVID-19). Se evaluó por enzimoimmunoanálisis (COVIDAR® IgG) la presencia en muestras de plasma de anticuerpos contra la proteína *spike* (S) del SARS-CoV-2. Estos se identifican con un sustrato cromogénico, y la intensidad del color (densidad óptica) es proporcional a la concentración de anticuerpos.

Los resultados se expresaron como la relación de la señal obtenida (absorbancia) con el punto de corte (S/Co). Cuando la S/Co fue mayor de 1, se consideró positiva la prueba. La relación S/Co >2 se correlaciona con títulos superiores a 1:800. Como parte del

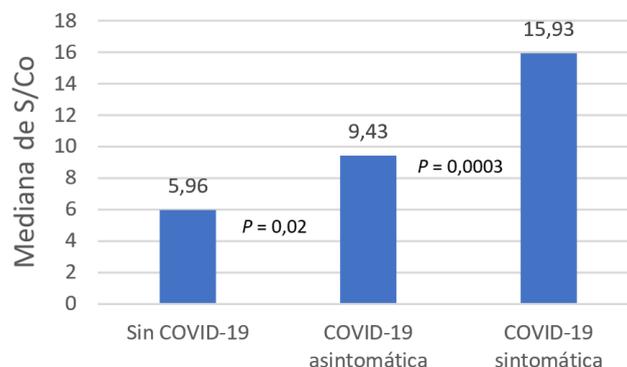


Figura 5. Cambio en la mediana de la relación S/Co (proporcional a la concentración de anticuerpos en la muestra) según el antecedente de COVID-19 en trabajadores de la salud. Elaborada con los datos publicados por Cordova E *et al*⁵.

análisis estadístico, se utilizó un modelo de regresión logística multivariable para investigar el efecto de los diferentes factores independientes de resultado positivo de la prueba serológica y la respuesta elevada de anticuerpos.

Resultados

Se incluyeron en el estudio **630 integrantes del personal sanitario**. El 73 % eran de sexo femenino. El 25 % tenían antecedente de COVID-19 y el 28 % presentaban, al menos, una enfermedad preexistente. La mediana de edad fue de 47 años (35-56).

La mediana de tiempo entre las dosis de la vacuna fue de 3 semanas (3-4). La mediana de tiempo desde la vacunación hasta la determinación de anticuerpos fue de 14 semanas (11-17). **En total, 607 participantes (96,35 %) tuvieron resultados positivos en la prueba serológica**. En el análisis multivariado, **el único factor que se asoció de forma independiente con la presencia de anticuerpos fue el antecedente de reactogenicidad sistémica** (fiebre, escalofríos, mialgias, cefalea, diarrea, astenia posterior a la aplicación), que presentaron el 59 % de los participantes (48% con reactogenicidad sistémica a la primera dosis y 35% a la segunda). En cambio, no hubo diferencias significativas entre quienes habían tenido COVID-19 antes de vacunarse y los no expuestos. La tasa tampoco varió de forma significativa con el sexo, la edad, el intervalo entre las dosis y el tiempo hasta la determinación de anticuerpos.

La mediana de la S/Co fue de 7,81 y varió de forma significativa con el antecedente de COVID-19 (Figura 5). Los factores asociados de forma independiente con una respuesta elevada (S/Co >8) fueron los siguientes: **antecedente de reactogenicidad sistémica**

mica, antecedente de COVID-19, intervalo entre dosis ≥ 4 semanas y período < 14 semanas entre la segunda dosis y la determinación de anticuerpos.

Conclusiones

- La tasa de seropositividad con el esquema completo fue mayor del 95 %.
- Se observó una importante respuesta humoral.
- Se detectaron casi tres veces más anticuerpos en quienes habían tenido COVID-19 sintomática antes de vacunarse que en el personal no expuesto.
- La reactividad sistémica se asoció con una mayor producción de anticuerpos.
- La concentración de anticuerpos fue mayor en los participantes que recibieron la segunda dosis luego de cuatro o más semanas.
- Aunque no se hizo el seguimiento longitudinal de la concentración de anticuerpos, se encontró que era menor en las personas que habían sido vacunadas 14 o más semanas antes de la determinación, sobre todo, si no habían tenido COVID-19.

Bibliografía

1. Logunov DY, Dolzhikova IV, Shcheblyakov DV, et al. Safety and efficacy of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine: an interim analysis of a randomised controlled phase 3 trial in Russia. *Lancet*. 2021;397 (10275):671-81.
2. Ministerio de Salud de Argentina. Estudio de efectividad de campaña nacional de vacunación en reducción de la mortalidad de COVID-19 en personas de 60 años y mayores en Argentina [Internet]. 2021 [consultado 27 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/04/2021-06-30-efectividad-para-prevenirmortalidad-vacuna-covid19-mayores-60.pdf>.
3. Rossi AH, Ojeda DS, Varese A, et al. Sputnik V Vaccine Elicits Seroconversion and Neutralizing Capacity to SARS CoV-2 after a Single Dose. *Cell Reports Med*. 2021 Jul;2(8):100359.
4. Chahla RE, Tomas-Grau RH, Cazorla SI, et al. Long-term analysis of antibodies elicited by SPUTNIK V: A prospective cohort study in Tucumán, Argentina. *Lancet Reg Health Am*. 2022;6:100123.
5. Ezequiel Cordova, M.I. Lespada, Diego Cecchini, et al. Evaluación de la respuesta de los anticuerpos IGG específicos contra SARS- CoV-2 en el personal de salud con el esquema completo de la vacuna Sputnik V (Gam-COVID-Vac) Vacunas. DOI: 10.1016/j.vacun.2022.01.008.

Alerta por caso importado de sarampión en la ciudad de Buenos Aires

- Se confirmó la sospecha de sarampión en una embarazada de 25 años que regresó de un viaje.
- Hasta la última actualización, no se habían identificado casos secundarios, pero continuaba el seguimiento epidemiológico.
- Es prioritario iniciar o completar los esquemas de vacunación de niños, adolescentes y adultos, en especial de quienes viajen, ya que el virus circula fuera del país y han caído mucho las coberturas nacionales en todos los grupos etarios.
- Los equipos de salud también deben intensificar la vigilancia epidemiológica y, si se detectan casos sospechosos, notificarlos de inmediato e implementar de acciones de control.

El 29 de marzo de 2022, el Ministerio de Salud de la Nación **confirmó un caso importado de sarampión en la ciudad de Buenos Aires**¹. La mujer, de 25 años y embarazada, había regresado al país el 4 de marzo luego de un **viaje a Maldivas con escalas en Jordania, Qatar, Dubái y San Pablo**². Presentó fiebre, catarro nasal, tos y conjuntivitis el 15 de marzo, y exantema dos días después². De la investigación surgió que tenía **antecedente de vacunación al año de vida**¹. Luego de haber analizado las muestras de suero y orina derivadas al Laboratorio Nacional de Referencia en ANLIS Malbrán, se constató la infección aguda. Se encuentra pendiente **el estudio de genotipificación del virus**¹.

Según la última actualización publicada, la paciente ya no presentaba síntomas, y había concluido el período de transmisión¹. Hasta ese momento, **no se habían identificado casos secundarios**, pero continuaba el seguimiento epidemiológico de contactos laborales y en las instituciones de salud donde recibió atención. Por ese motivo, sumado a que han disminuido las coberturas de vacunación y a que el virus del sarampión aún circula en otros países, el Ministerio de Salud de la Nación recomendó a toda la población **verificar y completar los esquemas de vacunación, y consultar en caso de fiebre y exantema**. Además, instó a los equipos de salud a **intensificar la vigilancia epidemiológica** de la enfermedad febril exantemática (EFE), **notificarla de inmediato e implementar acciones de control** si

se detectan casos sospechosos para evitar que se reintroduzca el virus¹.

En la Argentina, **el último caso de sarampión endémico se registró en 2000**. Desde ese año hasta 2018, se informaron 43 casos importados o relacionados con estos. **Durante 2019 y 2020, se confirmaron 199 casos: fue el brote más importante luego de la eliminación y duró 31 semanas**².

Coberturas de vacunación

Para sostener los logros alcanzados, es imprescindible mantener **coberturas de vacunación superiores al 95 %**. Sin embargo, **entre 2009 y 2019, han ido disminuyendo de forma continua y gradual**, en especial en niños y niñas. Esta situación empeoró aún más **en 2020 por la pandemia de COVID-19: ninguna vacuna del calendario nacional en ningún grupo etario superó el 80% de cobertura a nivel nacional**³.

En el caso de la vacuna triple viral (contra el sarampión, la rubéola y las paperas), **la cobertura cayó al 77,3 % en el caso de la primera dosis** (niños de 12 meses) y al **71,4 % para la segunda dosis** (niños de 5 años)¹. Así, los chicos con esquemas incompletos son susceptibles a la infección. Se recuerdan, entonces, los esquemas de vacunación vigentes según la edad¹:

- **Niños de 12 meses a 4 años:** deben recibir una dosis de la vacuna triple viral.
- **Mayores de 5 años, adolescentes y personas adultas nacidas después de 1965:** deben tener dos dosis de alguna vacuna, aplicadas después del año de vida, o anticuerpos IgG contra el virus del sarampión (prueba serológica positiva) para confirmar el antecedente de enfermedad.
- **Personas nacidas antes de 1965:** se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.

Importante:

Las vacunas doble o triple viral están contraindicadas **para menores de seis meses y personas gestantes o con inmunodepresión/supresión**¹.

En el sector privado, también está disponible la vacuna cuádruple viral, contra sarampión, rubéola, paperas y varicela.

Asimismo, el Ministerio de Salud recomienda a los **residentes argentinos que viajen al exterior que se aseguren de tener completo el esquema de vacu-**

Recomendaciones de vacunación para viajeros¹

- **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 nacional.
- **Niños de 13 meses a 4 años inclusive:** deben acreditar, al menos, **dos dosis** de la vacuna triple viral.
- **Niños mayores de 5 años, adolescentes y adultos:** deben acreditar, al menos, **dos dosis** de alguna vacuna contra el sarampión (monovalente, doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o deben tener anticuerpos IgG contra el virus del sarampión (prueba serológica positiva). Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no deben vacunarse.
- **Personas gestantes:** deben acreditar, al menos, **dos dosis** (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o deben tener anticuerpos IgG (prueba serológica positiva). De lo contrario, se les aconseja aplazar o reprogramar el viaje.

nación contra el sarampión y la rubéola, según se detalla en el recuadro¹. Si necesitan vacunarse, deberán hacerlo, **por lo menos, 15 días antes de viajar**¹.

Bibliografía

1. Argentina. Ministerio de Salud. Actualización epidemiológica. Caso confirmado de sarampión importado en Ciudad de Buenos Aires; 29 de marzo de 2022 (SE 13). Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/actualizacion-alerta-sarampion-20220329.pdf>.
2. Argentina. Ministerio de Salud. Alerta epidemiológica. Caso probable de sarampión importado en Ciudad de Buenos Aires; 27 de marzo de 2022 (SE 13). Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/alerta-probable-sarampion-importado-caba_20220327.pdf.
3. Argentina. Ministerio de Salud. Informe sobre el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en las coberturas nacionales de vacunación de Argentina; diciembre 2021. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/2021-12-informe-impacto-de-la-pandemia-sobre-cobertura-vacunacion-2020.pdf>.

Notificación breve

Qatar: caso confirmado de MERS

El 22 de marzo de 2022, el Ministerio de Salud Pública de Qatar confirmó un caso de síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS). El hombre, de 50 años, había tenido **contacto directo con camellos** y fue hospitalizado para recibir la atención médica necesaria. Hasta el momento del informe, **ninguno de sus contactos había presentado síntomas y continuaban en seguimiento** durante 14 días¹.

Esta infección es **la primera detectada en Qatar desde 2020**, aunque entre septiembre de ese año y febrero de 2022 hubo 17 casos en el mundo². Desde las notificaciones iniciales en 2012, se han confirmado **2585 casos y 890 muertes**^{2,3}. **Los países de la Península Arábiga han sido los más afectados:** Arabia Saudita, Emiratos Árabes Unidos, Irán, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar y Yemen³. En otros países, se notificaron casos relacionados con viajes³.

El MERS es un cuadro respiratorio grave provocado por el coronavirus MERS-CoV, que tiene características que lo distinguen del SARS-CoV-2 (véase el recuadro). Las manifestaciones clínicas son **fiebre, tos, disnea, neumonía**. La mayoría de los **contagios de persona a persona son intrahospitalarios**. La infección primaria (sin vínculo epidemiológico directo con una persona infectada por el MERS-CoV y adquirida fuera del ámbito hospitalario) es más frecuente en personas de 50 años a 59 años. Puede ocurrir por **contacto directo o indirecto con dromedarios**, aunque **no todos los casos ocurridos en la comunidad tienen antecedente de contacto con esos animales**. Esta posible vía de transmisión ha impedido la erradicación completa.

Diferencias entre MERS-CoV y SARS-CoV-2^{2,4}

- Mayor letalidad (34,4 %).
- Menor transmisibilidad.
- Tasa de reproducción más lenta.

Bibliografía

1. Qatar. Ministerio de Salud Pública. MOPH confirms a case of Middle East Respiratory Syndrome; 22 de marzo de 2022. Disponible en <https://www.moph.gov.qa/english/mediacenter/News/Pages/NewsDetails.aspx?itemId=495>.
2. OMS. MERS situation update; febrero de 2022. Disponible en <https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMCSR502E-eng.pdf?ua=1>.
3. CDC. Middle East Respiratory Syndrome (MERS). Disponible en <https://www.cdc.gov/coronavirus/mers/index.html>.
4. Wallace A. Cómo fueron controladas las epidemias de SARS y MERS, otros coronavirus para los que no hay vacuna; mayo de 2020. Disponible en www.bbc.com/mundo/noticias-52797076.

Vacunas Ahora

Newsletter para profesionales de la salud

Marzo
2022
Número 2

En esta edición

- 1 VPH
• Día Mundial.
• Vacunación en adultos.
- 2 Sarampión en la Argentina
- 3 Gripe
• Alerta por circulación.
• Vacunas.
- 4 Antivacunas
Claves para contrarrestar su acción

VACUNAS AHORA,
Newsletter trimestral
Número 2, Marzo 2022

Editora médica
Hébe Vázquez

Editora y diseñadora
Ana Paula Cordero

Es una publicación de
FUNCEI. Grupos de trabajo de
vacunas: Daniel Samboulin,
Hébe Vázquez, Mercedes
Díaz, Ana Cordero, Cecilia
Torroja, Pablo Elmossan.

Materia de DISTRIBUCIÓN
GRATUITA, prohibido su
comercialización. Todos los
derechos reservados.



FUNCEI
VACUNAS SIEMPRE