

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N.º 111 - Septiembre de 2021

Riesgo de hospitalización y atención en urgencias por las variantes delta y alfa del SARS-CoV-2 • Argentina: síndrome urémico hemolítico | Estrategia de la OMS contra la meningitis | Notificaciones breves • COVID-19: nuevo antiviral reduce riesgo de hospitalización y muerte • Argentina: vigilancia de virus respiratorios e impacto del SARS-CoV-2

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

Riesgo de hospitalización y atención en urgencias por las variantes delta y alfa del SARS-CoV-2

En un estudio llevado a cabo en Inglaterra, el riesgo de hospitalización o de atención en urgencias fue **superior para las personas infectadas por la variante delta del SARS-CoV-2** que para las infectadas por la variante alfa. En particular, el riesgo de hospitalización fue, al menos, **dos veces más elevado** en el primer grupo. En ambos, **la mayoría de los pacientes no estaban vacunados**¹.

Con el objetivo de caracterizar la gravedad de la variante delta y de compararla con la de la alfa, se utilizaron para este estudio de cohortes datos del Sistema Público de Salud de Inglaterra, ya que la COVID-19 es una enfermedad de notificación obligatoria. Se incluyeron los correspondientes a personas con COVID-19 cuyas muestras habían dado el primer resultado positivo entre el 29 de marzo y el 23 de mayo de 2021, y para las cuales se disponía de datos cruzados de secuenciación del SARS-CoV-2, de vacunación, atención hospitalaria y fallecimiento. Se consideraron relacionadas con la COVID-19 las hospitalizacio-

nes entre los días 1 y 14 desde la primera muestra positiva para SARS-CoV-2¹.

Así se seleccionaron 43.338 pacientes con COVID-19, de los cuales 8682 se habían infectado con la variante delta y 34.656, con la alfa. La proporción de casos semanales debidos a estas variantes fue cambiando durante el período de estudio: la alfa pasó de causar el 99,8 % de los casos en la semana del 29 de marzo al 34,8 % en la semana del 17 de mayo. Otros hallazgos del estudio son los siguientes¹:

- Los pacientes **infectados por la variante delta eran más jóvenes**, en promedio, que los infectados por la alfa (29 años vs. 31 años).
- En el grupo infectado por la variante delta, fue mayor la proporción de personas de origen asiático o con residencia al noroeste de Londres.

Finalmente, al comparar los pacientes que no estaban vacunados o que contrajeron la infección antes de que se cumplieran 21 días de aplicada la primera dosis, se concluyó que **el riesgo de hospitalización o atención en urgencias fue mayor en los infectados con la variante delta** que en los infectados con la alfa. En cambio, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el riesgo de hospita-

lización o atención en urgencias entre pacientes que habían recibido la primera dosis más de 21 días antes de la infección, tuvieran o no la segunda dosis¹.

Los autores del estudio destacan que **sus resultados deberían tenerse en cuenta para planificar políticas de atención secundaria y asignar recursos**, en especial, **en áreas donde es probable que la variante delta (B.1.617.2) se vuelva la de circulación predominante**. En Inglaterra se la detectó en marzo de 2021 y se volvió preponderante con rapidez por su alta transmisibilidad. El primer brote ocurrió al norte del país y afectó, sobre todo, a los grupos étnicos asiáticos.

El linaje B.1.617 se identificó en la India, en diciembre del 2020^{1,2}. Allí, los casos confirmados también se dispararon, y el porcentaje de positividad llegó al 30 % hacia abril de 2021. En Nueva Delhi, reemplazó a la variante alfa, y la variante delta fue responsable del 80 % de los casos causados por el nuevo linaje. En estudios en la India, se estimó que dicha variante sería hasta 50 % más transmisible que la alfa³.

Bibliografía

1. Twohig KA, Nyberg T, Zaidi A, et al. Hospital admission and emergency care attendance risk for SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) compared with alpha (B.1.1.7) variants of concern: a cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2021. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00475-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00475-8).
2. O Toole A, Hill V, Pybus OG, et al. Tracking the international spread of SARS-CoV-2 lineages B.1.1.7 and B.1.315/SOIV-V2 (version 1; peer review: 3 approved). *Wellcome Open Res*. 2021;6:121
3. Singh J, Rahman SA, Ehtesham NZ, et al. SARS-CoV-2 variants of concern are emerging in India. *Nat Med* 2021; 27: 1131-33.

Argentina: síndrome urémico hemolítico

En septiembre de 2021, se informó un **caso de síndrome urémico hemolítico (SUH) en la provincia de San Juan luego de dos años sin notificaciones** en ese distrito argentino¹. Se trató de un **niño de 5 años** que había consumido un **fiambre casero en mal estado de conservación o elaborado en condiciones inadecuadas**, según publicó el *Diario La Provincia SJ*². En marzo, hubo otros **dos casos en Bahía Blanca**³.

El SUH es una enfermedad grave que puede llegar a ser letal. Su causa más frecuente es la bacteria *Escherichia coli*, que ingresa en el organismo por vía digestiva. En la Argentina, ***Escherichia coli* productora**

Prevención del síndrome urémico hemolítico⁸

- Cocinar bien la carne (a 70 °C, como mínimo).
- Lavar con mucho cuidado las verduras que se consumen frescas y las frutas.
- Utilizar distintos utensilios de cocina para la carne cruda y la cocida, y para las verduras.
- Evitar el contacto de la carne cruda con otros alimentos.
- Consumir lácteos pasteurizados y conservar la cadena de frío.
- No consumir jugos de frutas sin pasteurizar.
- Lavarse las manos con agua y jabón antes de manipular alimentos y después de ir al baño.
- No bañarse en ríos o lagunas que pudieran estar contaminados.
- Asegurarse de que el agua que se consume o que se usa para preparar alimentos sea potable.

de toxina Shiga (STEC, por sus siglas en inglés) es el principal agente etiológico del SUH, y el serotipo

más frecuente es el O157:H74. La base patogénica del SUH está determinada por el daño de las células endoteliales de los pequeños vasos del colon, riñón y sistema nervioso central. Se ha postulado que la toxina bacteriana se disemina por el torrente sanguíneo y produce las lesiones vasculares⁴.

Si bien cualquier persona puede presentar SUH, **los menores de 5 años son el grupo más susceptible**. El SUH es la causa más frecuente de insuficiencia renal aguda en niños y la segunda causa de insuficiencia renal crónica. Es responsable del 20 % de los trasplantes renales infantiles en Canadá, EE. UU., Alemania, Gran Bretaña y Japón, países que también tienen brotes periódicos⁵.

La tasa más alta de incidencia de SUH en menores de 5 años se registra en la Argentina, según la Organización Mundial de la Salud. STEC provoca unas **cinco mil infecciones anuales**, y alrededor de quinientos niños presentan SUH cada año⁶. Según la Sociedad Argentina de Pediatría, la incidencia anual es de **10-12 casos cada 100.000 menores de 5 años**, y se reportan alrededor de 250 nuevos casos al año, principalmente, durante el verano⁷.

El SUH se caracteriza por los siguientes signos y síntomas:

- **diarrea** (90 % de los casos);
- **diarrea sanguinolenta** (70 % de los casos);
- toxicidad renal (20-30 % de los casos).

También puede provocar vómitos, anemia, plaquetopenia y oligoanuria, elevar la presión arterial y afectar del sistema nervioso central (convulsiones) en las formas más graves.

Es crítico prevenir el SUH (véase el recuadro en la página anterior), ya que **no existe un tratamiento específico**. La evaluación clínica y el antecedente de ingesta de carne mal cocida o de verduras son fundamentales para instaurar el tratamiento de sostén y evitar formas graves.

Bibliografía

1. Reporte Epidemiológico de Córdoba (REC 2.492). San Juan: Primer caso de síndrome urémico hemolítico en dos años, 28 de septiembre de 2021. Disponible en <http://reporteepidemiologico.com.ar/assets/files/REC-2492.pdf>.
2. Redacción Diario La Provincia SJ. Preocupación en San Juan por un caso de Síndrome Urémico Hemolítico, 22 de septiembre de 2021. Disponible en <https://www.diariolaprovinciasj.com/sociedad/2021/9/22/preocupacion-en-san-juan-por-un-caso-de-sindrome-uremico-hemolitico-160479.html>.
3. Asociación para la prevención del Síndrome Urémico Hemolítico (APRESUH). Primeros dos casos de SUH del 2021; 30 de marzo de 2021. Disponible en <https://apresuh.org/1320-2>.
4. Ibarra C, Goldstein J, Repetto H. Síndrome urémico hemolítico inducido por *Escherichia coli* enterohemorrágica. Arch Argent Pediatr. 2008;106(5):435-42.
5. Stutz Dohmen M. El primer tratamiento para el SUH está en manos de científicos de Argentina, 6 de julio de 2017. Disponible en <https://www.mundosano.org/tag/suh/>.
6. Ingrassia V. El 20% de los trasplantes renales en niños se debe al Síndrome Urémico Hemolítico; 18 de agosto de 2018. Disponible en <https://www.infobae.com/salud/2018/08/18/el-20-de-los-trasplantes-renales-en-ninos-se-debe-al-sindrome-uremico-hemolitico/>.
7. Sociedad Argentina de Pediatría. Día Nacional de la Lucha contra el Síndrome Urémico Hemolítico (SUH). Disponible en <https://www.sap.org.ar/novedades/301/dia-nacional-de-la-lucha-contra-el-sindrome-uremico-hemolitico-suh.html>.
8. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Prevención del síndrome urémico hemolítico y enfermedades diarreicas. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/verano/prevenciondelsuh>.

Estrategia de la OMS para prevenir la meningitis y salvar vidas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados han presentado la **primera estrategia mundial para eliminar las epidemias de meningitis bacterianas**¹. Otro objetivo para 2030 es **dismi-**

nuir el 70 % las muertes y a la mitad la cantidad de casos. Participan de esta iniciativa los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los EE. UU., UNICEF, la Fundación Bill y Melinda Gates, y Médicos sin Fronteras, entre otras entidades.

La meningitis bacteriana causa epidemias de rápida propagación y unas doscientas cincuenta mil muertes anuales. **Fallece 1 de cada 10 personas infectadas (en su mayoría niños y jóvenes), y 1 de cada 5 queda con secuelas**, como sordera, convulsiones y daño neurológico¹. Durante los últimos diez años, se han producido epidemias de meningitis en todas las regiones del mundo, con más frecuencia en el denominado cinturón de la meningitis, que abarca 26 países del África Subsahariana¹.

La estrategia, denominada *Hoja de Ruta Mundial con miras a Derrotar la Meningitis para 2030*, fue puesta en marcha por una coalición de socios involucrados en la prevención y el control de la meningitis durante un encuentro organizado por la OMS en Ginebra. Esta hoja de ruta se centra en la prevención de las infecciones y en la mejora de los servicios de atención y diagnóstico para las personas afectadas (véase el recuadro)¹.

Meningitis meningocócica

Esta infección, causada por *Neisseria meningitidis*, puede ocasionar grave daño cerebral y, si bien tiene menor prevalencia que otras, **es letal en el 50 % de los casos no tratados**. Se han identificado 12 serogrupos del agente patógeno, de los cuales seis pueden causar epidemias: A, B, C, W, X e Y². Para prevenir la enfermedad, existen en el mundo tres tipos de vacunas²:

- polisacáridas bivalentes (grupos A y C);
- trivalentes (A, C y W);
- tetravalentes (A, C, Y y W135).

Hoja de ruta: prioridades y prevención de la meningitis¹

- Lograr una alta cobertura de vacunación.
- Desarrollar nuevas vacunas (estreptococo B).
- Mejorar las estrategias de prevención y la respuesta a brotes.
- Diagnosticar y tratar con rapidez.
- Obtener datos robustos para orientar los esfuerzos de prevención y control.
- Promover la toma de conciencia sobre la meningitis.

Cuadro 1. Esquema de administración de la vacuna tetravalente conjugada Menveo® en función de la edad³.

Edad al recibir la primera dosis	Primera dosis		Refuerzo
	Cantidad de dosis	Intervalo mínimo entre dosis	
2-6 meses	3	≥2 meses	Una dosis a la edad de 12-16 meses
7-23 meses	1	-	Una dosis a la edad de 12 -23 meses, con intervalo mínimo de dos meses desde la dosis previa.
Mayor de 2 años	1	-	Se recomienda que los niños de 2-5 años con riesgo elevado y continuo (por ej., asplenia) reciban la segunda dosis a los dos meses de la primera.

Revacunar luego de tres años a menores de 6 años y luego de cinco años a mayores de 7 años en caso de mantenerse la condición que eleva el riesgo de enfermedad meningocócica invasiva.

En la Argentina, la cantidad de casos anuales empezó a disminuir de forma considerable en 2015 hasta llegar a **87-125 casos año**. La tasa de incidencia es de 0,22-0,40 casos cada 100.000 habitantes. Los **menores de un año siguen siendo el grupo más vulnerable**: se registran tasas de incidencia tres o cuatro veces mayores a las estimadas en adolescentes o adultos³. Los **serogrupos B y W han predominado en el país** durante la última década, y su variación es dinámica e impredecible.

Hay dos tipos de vacunas disponibles en el país³:

- Tetravalente conjugada contra los serogrupos A, C, Y, W135 (Menactra® y Menveo®).
- Multicomponente del grupo B y recombinante 4C Men-B (Bexsero®).

La vacuna tetravalente conjugada está incluida en el **Calendario Nacional de Vacunación**⁴. Los niños reciben la primera dosis al cumplir 3 meses, la segunda al cumplir 5 meses y el refuerzo a llegar a los 15 meses. Los adolescentes de 11 años reciben una única dosis.

Además, se contempla la estrategia combinada con las vacunas Menveo® (Cuadro 1) y Bexsero® (Cuadro 2) para las siguientes poblaciones de riesgo³:

- Asplenia anatómica o funcional.
- Deficiencia de factores terminales del complemento (C5-C9).
- Tratamiento con eculizumab.
- Menores de 18 años con infección por VIH/sida.
- Trabajadores con potencial exposición a *Neisseria meningitidis* en los laboratorios de microbiología.

Cuadro 2. Esquema de administración de la vacuna 4C-Men B en función de la edad³.

Edad al recibir la primera dosis	Primera dosis		Refuerzo
	Cantidad de dosis	Intervalo mínimo entre dosis	
2-5 meses	3	≥1 mes	Una dosis a la edad de 12-23 meses, con intervalo mínimo de seis meses desde la última dosis.
6-11 meses	2	≥2 meses	Una dosis a la edad de 12 -23 meses con intervalo mínimo de dos meses desde la última dosis.
12-23 meses	2	≥2 meses	Una dosis con intervalo mínimo de 12 meses desde la última dosis.
Mayor de 2 años	2	≥1 mes	Necesidad no establecida.

En caso de no haber recibido previamente ninguna vacuna antimeningocócica, se recomienda comenzar el esquema en forma simultánea con ambas vacunas³. No existen datos que avalen la administración de Menveo® a mayores de 65 años, y son limitados los datos en individuos entre 56 y 65 años³. No se ha establecido la seguridad y eficacia de Bexsero® en mayores de 50 años³.

Meningitis neumocócica

Streptococcus pneumoniae (neumococo) es la principal causa de meningitis bacteriana en la Región de las Américas, en especial, en menores de 5 años^{5,6}. **En 2006 la Organización Panamericana de la Salud informó 3900 casos anuales de meningitis neumocócica en menores de 5 años en Latinoamérica**⁶. En los países industrializados, el neumococo provoca hasta el 20 % de las meningitis y afecta en especial a niños y a mayores de 65 años. El 50 % de ellos se cura, pero queda con secuelas⁶.

En la Argentina, es la segunda causa de meningitis purulenta⁶. De acuerdo con un estudio poblacional realizado en la provincia de Córdoba entre 1999 y 2002, **antes de que se introdujera la vacuna antineumocócica conjugada, la incidencia global de enfermedad neumocócica invasiva era de 206,8 casos/100.000/año**. El serotipo 14 era el más frecuente, seguido del 6B y del 1. Los serotipos 4, 6A, 6B, 9V, 14, 18, 19F y 23 F eran resistentes a la penicilina.

En 2000, se introdujo la vacuna antineumocócica conjugada 7-valente, reemplazada luego por la 13-valente (2010)⁷. **Prevenar 13® contiene los serotipos 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F y 23F del neumococo, que causan hasta el 80 % de las enfermedades invasivas**⁶. Los serotipos 6, 14, 19 y 23 son los más habituales⁶. Esta vacuna **se incorporó en 2012 en el Calendario Nacional de Vacunación para niños (véase el recuadro)**.

Entre 2009 y 2014, tras la aplicación de las vacunas 7-valente y 13-valente, se observó en menores de 5 años la siguiente **disminución de las infecciones por serotipos vacunales**⁶:

- 75 % (serotipo 14);
- 98 % (serotipo 5);
- 76 % (serotipo 23F);
- 63 % (serotipo 6A).

Importante: esquema de vacunación infantil contra el neumococo en la Argentina

La vacuna antineumocócica conjugada 13-valente está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación, por lo que es **obligatoria y gratuita**⁴:

- 2 meses: primera dosis.
- 4 meses: segunda dosis.
- 12 meses: refuerzo.

Bibliografía

1. OMS. La OMS y sus asociados piden una acción urgente contra la meningitis; 28 de septiembre de 2021. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2021-who-and-partners-call-for-urgent-action-on-meningitis>.
2. OMS. Meningitis meningocócica; 28 de septiembre de 2021. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/meningococcal-meningitis>.
3. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Lineamientos técnicos y manual del vacunador. Huéspedes especiales: Estrategia de vacunación contra el meningococo de Argentina. Año 2020. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/huespedes-especiales-estrategia-de-vacunacion-contra-meningococo-de-argentina.pdf>.
4. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Calendario Nacional de Vacunación. Disponible en <file:///C:/Users/Sole/Desktop/calendario-nacional-vacunacion-2020-1.pdf>.
5. OPS. Neumococo. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/neumococo>.
6. Köhler CA. Guía Práctica de Enfermedades y Vacunas; actualizada el 3 de agosto de 2021. Disponible en <http://www.vacunacion.com.ar/~inf-vacunas/enfermedades-y-vacunas/a-neumococo>.
7. Bakir J. Efectividad de la incorporación de la vacuna neumocócica conjugada para prevenir neumonías. Disponible en https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2014/Ambulatoria/Viernes/Bakir_efectividad.pdf.

Notificaciones breves

COVID-19: nuevo antiviral reduce el riesgo de hospitalización y muerte

Los pacientes con COVID-19 tratados con el análogo de ribonucleósido **molnupiravir**, que inhibe con eficacia los virus de la gripe, tienen **menor riesgo de hospitalización o muerte que aquellos que recibieron un placebo**. Esta es la principal conclusión del análisis provisional del ensayo MOVE-OUT, en fase III, aleatorizado, doble ciego, en que se investiga este fármaco. Además, se observó que la **incidencia de eventos adversos era similar en ambos grupos**¹.

Una de las ventajas de molnupiravir en el contexto de la pandemia es que **se administra por vía oral y que demostró ser un potente inhibidor del SARS-**

CoV-2 en estudios preclínicos^{1,2}. En cambio, los tratamientos antivirales aprobados contra la COVID-19, como remdesivir y el suero de convalecientes, no pueden administrarse por esta vía y son, por lo tanto, poco adecuados para controlar la transmisión².

En este análisis provisional del ensayo MOVE-OUT, se evaluaron datos de 775 adultos no hospitalizados que tenían formas de la COVID-19 de leves a moderadas y, al menos, un factor de riesgo de mala evolución, como edad mayor de 60 años, obesidad, diabetes o enfermedad cardíaca. Se efectuó el seguimiento hasta el día 29 después de la aleatorización¹.

Luego de 29 días, **fueron hospitalizados o fallecieron el 7,3 % de los pacientes en el grupo de molnupiravir, mientras que tuvieron la misma evolución el 14,1 % de los del grupo de placebo**. De acuerdo con estos resultados, molnupiravir redujo **cerca del 50 % el riesgo de hospitalización y muerte** en personas infectadas por el SARS-CoV-21. El tratamiento tuvo ese efecto **en todos los subgrupos** de pacientes, y **la eficacia fue comparable al evaluar distintas variantes del SARS-CoV-2** (gamma, delta y mu)¹.

El laboratorio Merck, que lleva adelante el desarrollo de molnupiravir junto con Ridgeback Biotherapeutics, planea **solicitar la aprobación para uso de emergencia en los EE. UU.** y enviar solicitudes a otras agencias reguladoras¹. Además, se está evaluando la eficacia y la seguridad de este antiviral como profilaxis preexposición en contactos expuestos^{1,2}.

Bibliografía

1. Merck. Merck and Ridgeback s investigational oral antiviral molnupiravir reduced the risk of hospitalization or death by approximately 50 percent compared to placebo for patients with mild or moderate COVID-19 in positive interim analysis of phase 3 study; 1 de octubre de 2021. Disponible en <https://www.merck.com/news/merck-and-ridgebacks-investigational-oral-antiviral-molnupiravir-reduced-the-risk-of-hospitalization-or-death-by-approximately-50-percent-compared-to-placebo-for-patients-with-mild-or-moderat/>.
2. Cox R, Wolf J, Pempeler R. Therapeutically administered ribonucleoside analogue MK-4482/EIDD-2801 blocks SARS-CoV-2 transmission in ferrets. Nat Microbiol. 2021;6:11-8. Disponible en <https://www.nature.com/articles/s41564-020-00835-2>.

Argentina: vigilancia de virus respiratorios e impacto del SARS-CoV-2 en la circulación¹

En la Argentina, **el SARS-CoV-2 es el virus prevalente en todos los grupos etarios y representa el 99 % de los virus circulantes** (Figura 1). Luego

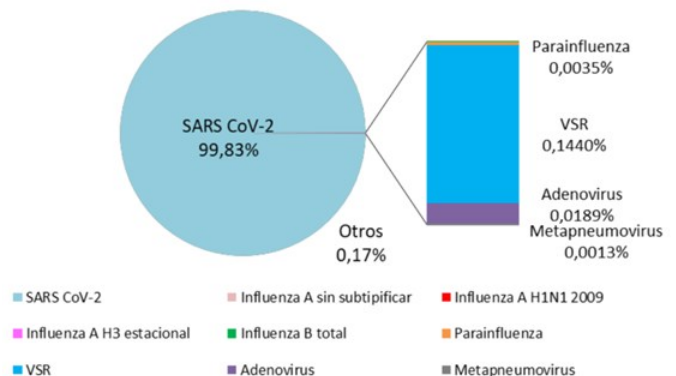


Figura 1. Distribución de virus respiratorios en muestras analizadas en la Argentina. Acumulado a la SE 34 de 2021¹.

siguen el virus sincicial respiratorio (VSR), adenovirus, parainfluenza, metapneumovirus y, con marcada menor frecuencia, los de la gripe (influenza). De 12.206.938 casos sospechosos de COVID-19 notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 34 (del 21 al 27 de agosto), fueron positivos 3.204.747 (26,3 %). En cambio, las muestras en que se analizaron virus de la gripe u otros virus respiratorios fueron marcadamente menos: 17.487, de las cuales 5391 resultaron positivas.

La actividad de los virus de la gripe se mantiene baja desde 2020. Hasta la SE 34, se notificaron ocho casos de gripe: cinco por virus A sin subtipificar y 3 por virus B sin que se haya determinado el linaje. **No se registraron fallecimientos por esta enfermedad.**

En menores de 5 años, se detectaron VSR, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus, hallazgos que probablemente se relacionen con la mayor cantidad de muestras analizadas en este grupo. **A partir de los 15 años, se detecta casi con exclusividad el SARS-CoV-2.** La cantidad de muestras positivas es máxima en el grupo etario de 45 a 64 años; en segundo lugar, está el grupo de 25 a 34 años.

Las jurisdicciones con mayor cantidad de muestras positivas por el SARS-CoV-2 hasta la SE 34 fueron la provincia de Buenos Aires, Córdoba, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe, Tucumán, Mendoza, Corrientes y Entre Ríos.

Bibliografía

1. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Integrado de Vigilancia N° 564, SE 34/2021. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-integrado-de-vigilancia-n564-se-342021>.