

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N.º 117 - Mayo de 2022

Primer informe mundial sobre prevención y control de infecciones | Brote de viruela símica | Argentina: recomendación de la dosis de refuerzo contra la COVID-19 para niños de 5 a 11 años | Notificación breve • Actualización sobre hepatitis aguda de causa desconocida en niños

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.fidec-online.org

FUNCEI

French 3037 C1425AWK, CABA (Argentina) Tel.: 4809 4242 info@funcei.org.ar www.funcei.org.ar

Primer informe mundial sobre prevención y control de infecciones

En los países de ingresos altos, 7 de cada 100 pacientes internados en unidades de cuidados intensivos contraen, al menos, una infección nosocomial, cifra que asciende a 15 de cada 100 pacientes en los países de ingresos medianos y bajos. Además, 1 de cada 10 personas muere por una infección adquirida en el hospital. Sin embargo, cuando se siguen las prácticas adecuadas de higiene de manos y otras medidas eficaces, el 70 % de esas infecciones pueden prevenirse¹.

Estos datos se incluyen en el primer informe mundial sobre prevención y control de infecciones (PCI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que publicó un avance a principios de mayo de 2022. El documento analiza y evalúa con un enfoque regional y centrado en los países cómo estos están aplicando los programas de PCI. Además, destaca el impacto causado por las infecciones hospitalarias y la resistencia a los antimicrobianos¹.

"La pandemia de COVID-19 ha hecho patentes un gran número de problemas y la-

¿Qué es la prevención y control de infecciones?¹

Es una especialidad clínica y de salud pública que, partiendo de un planteamiento práctico y basado en la evidencia, evita que los pacientes, trabajadores sanitarios y los visitantes de los establecimientos de salud contraigan infecciones que pueden evitarse, incluidas las causadas por patógenos resistentes a los antimicrobianos, durante la prestación de los servicios de salud.

gunas en materia de PCI existentes en el conjunto de las regiones y países, incluidos aquellos que contaban con los programas de PCI más avanzados", declaró el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus. Sin embargo, destacó que la crisis también brindó una oportunidad sin precedentes para realizar un análisis de situación e intensificar las estrategias operativas y la respuesta a los brotes mediante prácticas de PCI al reforzar los programas en el sistema de salud¹.

Para elaborar el informe, se reunieron datos obtenidos en encuestas mundiales y evaluaciones conjuntas realizadas por la







OMS durante los últimos cinco años. Al comparar los resultados de 2017-2018 con los correspondientes a 2021-2022, **no mejoró el porcentaje de países que cuentan con programas de PCI**. Además, entre 2021 y 2022, **solo el 3,8 % de los países respetaban todos los requisitos mínimos** instaurados a nivel nacional, por lo que las prácticas de PCI son inadecuadas en la gran mayoría de las naciones¹.

Del informe también se desprende que uno de cada cuatro casos de sepsis tratados en el hospital y casi la mitad de los casos de sepsis con disfunción multiorgánica tratados en la UCI se relacionan con la atención de la salud. El impacto de las infecciones relacionadas con la atención de la salud y de la resistencia a los antimicrobianos en la vida de las personas es incalculable. Más del 24 % de los pacientes con sepsis de origen nosocomial y el 52,3 % de los tratados en UCI mueren cada año. Estas muertes se duplican o triplican cuando las infecciones son resistentes a los antimicrobianos.

Sin embargo, existen progresos alentadores, como un aumento significativo en países que cuentan con un coordinador designado en materia de PCI, un presupuesto destinado a tal fin y un programa de formación para los trabajadores sanitarios de primera línea. Se elaboran directrices nacionales en materia de PCI y un programa o plan nacional para la vigilancia de las infecciones nosocomiales, que emplean estrategias multimodales y establecen que se cumplan las normas de higiene de manos como un indicador clave¹. En la Argentina, el Programa de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de la Argentina (VIHDA) es el programa oficial del Ministerio de Salud de la Nación para vigilar las infecciones asociadas al cuidado de la salud y realiza los informes de más de cien instituciones de salud públicas y privadas².

La OMS solicita a todos los países del mundo que aumenten su inversión en programas de PCI a fin de garantizar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes y los trabajadores sanitarios. Se ha demostrado que el aumento de la inversión en PCI mejora los resultados en materia de salud y reduce los costos de la atención de salud¹.

Bibliografía

- Argentina. Ministerio de Salud. Información relevante del OMS. La OMS publica el primer informe mundial sobre prevención y control de infecciones (PCI); 6 de mayo de 2022. Disponible en https://www.who.int/es/news/item/06-05-2022-who-launches-firstever-global-report-on-infection-prevention-and-control.
- Argentina. Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (Programa VIHDA). Disponible en http:// www.vihda.gov.ar/index.php/publicaciones.

Brote de viruela símica

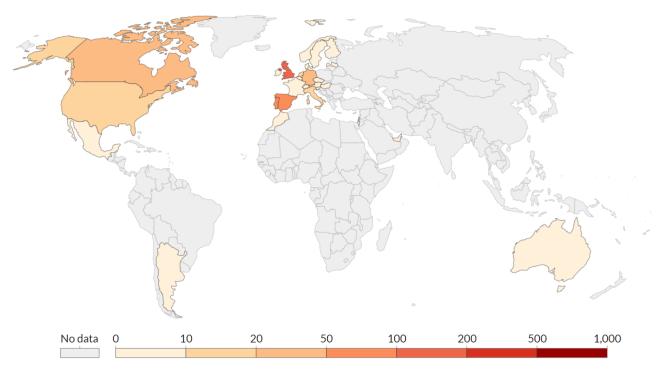
- Es una zoonosis viral que no se transmite con facilidad entre seres humanos.
- Se registra una tendencia creciente de casos en las zonas endémicas de África oriental y central.
- En 2022, se han notificado casos en otros países de África, pero también de Europa, Oceanía, Asia y América, incluida la Argentina.
- Los brotes recientes fuera de las regiones endémicas se caracterizan por un incremento en la trasmisión de persona a persona con respecto al patrón descripto de forma previa.

Hasta el 23 de mayo, notificaron casos de viruela símica nueve países miembro de la Unión Europea (Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Portugal, España, Suiza y los Países Bajos), además de Israel, Australia, EE. UU. y Canadá¹. El 27 de mayo, la Argentina confirmó el segundo caso, sin nexo epidemiológico con el primero². En la Figura 1 (véase la página siguiente), se muestra el mapa mundial de casos confirmados acumulados a la misma fecha³.

El primer caso humano de esta zoonosis se describió en 1970 en la República Democrática del Congo (RDC)^{1,4}. El niño, de 9 años, era el único integrante de su familia que no estaba vacunado contra la viruela⁴. Desde entonces, se han registrado casos en seres humanos de forma endémica y creciente, en especial, en países de África central y occidental⁴. La RDC y Nigeria han notificado la mayoría de los casos¹:

- En la RDC, entre 1 de enero y el 17 de abril de 2022, se informaron 1152 casos sospechosos y 55 muertes en 14 provincias. Durante el mismo período de 2021, se habían notificado 138 casos sospechosos y 14 muertes.
- Nigeria confirmó 15 casos durante el primer cuatrimestre de 2022. Entre 2017 y 2022, había confirmado 241 casos y 8 muertes.

Fuera de África, el primer gran brote ocurrió en 2003, en los EE. UU., donde se registraron 47 casos. La transmisión ocurrió por contacto con ardillas que, a su vez, habían estado en contacto con roedores infectados provenientes de Ghana⁴. Se descartó la transmisión interpersonal¹.



Source: Data produced by the 'Global.health' team — available at github.com/globaldothealth/monkeypox

CC BY

Figura 1. Mapa mundial de casos confirmados de viruela símica, acumulados al 27 de mayo de 2022. Adaptada de Our World in Data³.

Se desconocen los reservorios naturales del virus patógeno, que pertenece al género *Orthopoxvirus*, al igual que los que causan la viruela humana, la vaccinia y la viruela bovina^{4,5}. Sin embargo, se ha comprobado que **roedores y monos africanos pueden comportarse como especies intermediarias y trasmitir la infección a seres humanos**⁴. En áreas endémicas, el virus se mantiene en la naturaleza porque circula en mamíferos infectados, como ardillas, ratas, ratones y monos. Se han identificado dos clados del virus con diferencias genéticas: el de África central (más virulento y transmisible) y el de África occidental⁴. Camerún es el único país donde se han detectado ambos clados⁴.

La epidemiología de la viruela símica está cambiando. Aunque hay muchos aspectos poco conocidos de esta infección, se aprecian tendencias que parecen modificar el patrón descripto hasta hace unos años: aumento de casos fuera de las regiones que solía afectar esta zoonosis, menos infecciones

Importante:

Se estima que, al menos, **el 70 % de la población mundial carece de inmunidad** contra la viruela símica y humana, tras la erradicación de la enfermedad en 1980 y el cese de la vacunación⁴.

en niños y **más en personas de mayor edad, incremen- to en la trasmisión de persona a persona** en hombres que tienen sexo con otros hombres. Algunos especialistas advierten de que es una infección tropical desatendida que podría transformarse en un problema de
salud pública de interés global^{4,6}.

Es probable que la emergencia de la viruela símica como patógeno humano se relacione con los siguientes factores^{4,7}:

- Cambio climático.
- Explotación excesiva y descontrolada de la selva tropical; mayor exposición a especies animales y salvajes.
- Conflictos políticos y violencia en áreas con presencia de la enfermedad.
- Elevada movilidad de la población por diferentes causas.
- Disminución de la inmunidad comunitaria.

Transmisión⁴

La transmisión del virus de la viruela símica ocurre por contacto con una persona infectada, con un animal portador o con materiales contaminados con el virus. El patógeno ingresa a través de la piel dañada (aunque puede no ser apreciable a simple vista), el tracto respiratorio o las mucosas (ojos, nariz, boca, ge-

nital). La transmisión de animales a seres humanos ocurre por mordidas, arañazos o contacto directo con fluidos, sangre o carne.

Se cree que la transmisión de persona a persona ocurre principalmente a través de **gotitas respiratorias de gran tamaño**, por lo que **se requiere un contacto cercano prolongado**. La cadena de transmisión más extensa documentada incluye seis infecciones sucesivas, por lo que se estima que la transmisión de persona a persona **no es muy eficaz**. Otras vías de transmisión son el contacto directo o indirecto con fluidos corporales o piel/mucosas. También se ha documentado la transmisión transplacentaria.

Definición de caso

En el recuadro, se presentan las definiciones provisorias publicadas el 22 de mayo de 2022 por el Ministerio de Salud⁸.

Manifestaciones clínicas⁴

Período de incubación: de 1 a 2 semanas (5-21 días).

Período de invasión: de 0 a 5 días. Provoca fiebre, cefalea, cansancio y linfadenopatías.

Período exantemático: de 1 a 3 días luego del inicio de la fiebre, Aparece eritema, pápulas, vesículas y, por último, pústulas (Figura 2), que se ubican en la cara, las extremidades o la mucosa genital u oral. Evolucionan de forma uniforme.



a) Vesícula incipiente (diámetro = 3 mm)



d) Lesión ulcerada (diámetro = 5 mm)



b) Pústula pequeña (diámetro = 2 mm)



e) Costra de una lesión madura



c) Pústula umbilicada (diámetro = 3-4 mm)



f) Eliminación parcial de la costra

Figura 2. Evolución de las lesiones características de la viruela símica. Imagen tomada de Wikipedia⁹. Créditos: UK government - https://www.gov.uk/government/news/monkeypox-cases-confirmed-in-england-latest-updates#seven-may, OGL 3, https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=118186900.

Definiciones de caso⁸

Sospechoso. Persona de cualquier edad con exantema vesicular agudo que no corresponde a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas y se acompaña de uno o más de los siguientes signos y síntomas:

- · cefalea;
- inicio súbito de fiebre mayor de 38,5 °C;
- mialgia;
- dolor de espalda;
- astenia;
- linfadenopatía.

Probable. Persona que cumple con la definición de caso sospechoso **y con uno o más** de los siguientes criterios:

- Vínculo epidemiológico con un caso probable o confirmado (exposición estrecha sin protección respiratoria; contacto sexual o con materiales contaminados) durante los 21 días previos al inicio de síntomas.
- Antecedente de viaje a un país endémico o donde se están registrando casos durante los 21 días previos al inicio de los síntomas.

Confirmado. Persona que cumple con la definición de caso sospechoso o probable, y en cuya muestra se ha confirmado la presencia del virus mediante pruebas moleculares (RT-PCR) o de otro tipo, como secuenciación (si están disponibles).

Diagnóstico diferencial8

Deben descartarse otros tipos de enfermedad febril exantemática o cuadros similares:

- varicela, sarampión;
- herpes zóster;
- herpes simple;
- zika, dengue, chikungunya;
- sífilis primaria o secundaria;
- linfogranuloma venéreo;
- · molusco contagioso;
- reacción alérgica.

Diagnóstico de laboratorio⁸

Se analiza por PCR en tiempo real una muestra de líquido de ampollas o pústulas, tomado por punción, o de costras.

Tratamiento¹

El tratamiento es principalmente sintomático y complementario (antitérmicos, análgesicos e hidratación), e incluye prevenir y tratar las sobreinfecciones bacterianas. Para los casos graves, pueden emplearse antivirales, como el tecovirimat, brincidofovir y cidofovir.

Pronóstico⁴

Por lo general, es una enfermedad autolimitada que dura de 2 a 4 semanas. Los casos más graves suelen corresponder a niños y jóvenes, ya que parece que las personas de más de 40 o 50 años, que fueron vacunadas contra la viruela, conservan cierta protección contra la viruela símica. Algunas complicaciones son sobreinfecciones bacterianas, neumonía, sepsis y encefalitis. La afectación ocular puede ocasionar daño corneal permanente y ceguera.

Recomendaciones para la población⁸

Si una persona presenta síntomas indicativos de viruela símica y tiene antecedentes de viaje a zonas donde hay casos o piensa que ha tenido alguna exposición de riesgo con casos sospechosos, probables o confirmados, deberá aislarse, implementar medidas para evitar el contacto con otras personas y de protección respiratoria, y consultar de inmediato con el sistema de salud.

Se considera que una persona ha estado expuesta a un caso en las siguientes circunstancias:

- Tuvo contacto sin protección respiratoria (importante cuando se trata del personal sanitario).
- Tuvo contacto físico directo, incluido el contacto sexual.
- Tuvo contacto con materiales contaminados, como ropa o ropa de cama.

Cuando una persona haya tenido contacto de riesgo durante el período infeccioso (desde el inicio de los síntomas hasta que se hayan caído todas las costras de las lesiones cutáneas), deberán implementarse las siguientes medidas:



Haga clic sobre la imagen para acceder y suscribirse.

- Se le realizará el seguimiento clínico-sanitario estricto durante 21 días desde el último contacto con el caso.
- Se medirá la temperatura dos veces al día.
- Mientras no presente síntomas, podrá continuar sus actividades diarias.
- Mientras esté bajo vigilancia, no podrá donar sangre, amamantar ni tener relaciones sexuales.
- Si aparece una erupción, la persona deberá aislarse y se la evaluará como caso probable. Se le tomarán muestras para la prueba de diagnóstico.

Recomendaciones para equipos de salud⁸

- Se deberá sospechar la enfermedad cuando una persona tenga síntomas indicativos y antecedentes epidemiológicos de contacto con casos probables o confirmados, o de viaje a países endémicos o donde se hayan registrado casos.
- El personal sanitario que atienda a casos sospechosos o confirmados debe implementar medidas para prevenir el contacto: usar protección ocular, barbijo N95 y equipo de protección personal.
- Se debe organizar de forma adecuada la circulación de las personas desde el triage hasta las salas de aislamiento para evitar la transmisión nosocomial por contacto con otros pacientes en las salas de espera o en las salas de internación.
- Las personas con síntomas deben mantenerse en aislamiento estricto hasta que las pruebas de laboratorio hayan dado un resultado negativo.
- Los casos confirmados continuarán el aislamiento estricto, separados de sus convivientes hasta que todas las lesiones se hayan resuelto.
- Se recomienda asignarles habitaciones individuales a las personas hospitalizadas.
- Las muestras deben ser manipuladas de forma segura por personal capacitado y se las debe enviar refrigeradas y en triple envase al Servicio de Microscopía Electrónica del Departamento de Virología del INEI-ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán.
- Deben notificarse los casos de inmediato al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.
- Tan pronto como un caso se define como sospechoso, se debe iniciar la búsqueda e identificación de posibles contactos estrechos.

Vacunación contra la viruela humana y protección contra la viruela símica

La vacunación contra la viruela humana **puede conferir protección cruzada** contra la viruela símica, que llega al 85 %, según estudios realizados en la época de la erradicación^{1,5}. El efecto protector de la vacuna se pierde con el tiempo; sin embargo, estu Cuadro. Nuevas vacunas con actividad contra la viruela humana v símica⁴.

Vacuna	Generación	Características	Población objetivo
ACAM2000	Segunda	Virus atenuado con capacidad de replicación	Personal militar y de laboratorio
Jynneos (EE. UU.) Imvanex (UE) Imvumane (Canadá)	Tercera	Virus atenuado no replicativo	Profilaxis preexposición a la viruela humana (personas de 18 años o más) Profilaxis postexposición (hasta 4 días después)

dios de seroprevalencia indican que podría durar más de veinte años¹. Se cree que, a pesar de la pérdida de la inmunidad, la protección contra la infección grave dura toda la vida, debido a la presencia de linfocitos T y B de memoria1. Así, es posible que las personas adultas vacunadas contra la viruela humana (vacunas de primera generación) tengan cierta protección contra la viruela símica¹.

Posteriormente, se desarrollaron vacunas de segunda y tercera generación basadas en el virus de la vaccinia y con actividad contra la viruela humana y símica (Cuadro). Sin embargo, su autorización y disponibilidad es muy limitada^{1,7}.

Bibliografía

- ECDC (European centre for Disease prevention and Control).
 Monkeypox multi-country outbreak; 23 de mayo de 2022. Disponible en https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monkeypox-multi-country-outbreak.pdf.
- Télam. Confirman el segundo caso de viruela del mono en la Argentina; 27 de mayo de 2022. Disponible en https:// www.telam.com.ar/notas/202205/593812-confirman-el-segundocaso-de-viruela-del-mono-en-la-argentina.html.
- 3. Our World in Data. Monkeypox; consulta: 31 de mayo de 2022. Disponible en https://ourworldindata.org/monkeypox.
- 4. Asociación Española de Pediatría. Comité Asesor de Vacunas. Viruela del mono en humanos: incremento de casos y limitadas opciones de prevención con vacunas; 20 de mayo de 2022. Disponible en https://bit.ly/38OxvTo.
- McCollum AM, Damon IK. Human monkeypox. Clinical Infectious Diseases. 2014;58(2):260-7.
- Bunge EM. The changing epidemiology of human monkeypox— A potential threat? A systematic review. PLoS Negl Trop Dis. 2022; 16(2): e0010141.
- Simpson K, Heymann D, Brown CS, et al. Human monkeypox after 40 years, an unintended consequence of smallpox eradication. Vaccine. 2020;38(33):5077-81.
- Argentina. Ministerio de Salud. Alerta epidemiológica. Caso sospechoso de viruela símica. 22 de mayo de 2022. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-05/Alertasospecha-viruela-simica.pdf
- Wikipedia. Monkeypox. Disponible en https://en.wikipedia.org/ wiki/Monkeypox
- 10.CDC. Smallpox vaccine guidance; 2 de junio de 2022. Disponible en https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/ smallpox-vaccine.html.

Argentina: recomendación de la dosis de refuerzo contra la COVID-19 para niños de 5 a 11 años

El Ministerio de Salud de la Nación, en consenso con las 24 jurisdicciones argentinas, recomendó incorporar la primera dosis de refuerzo en el esquema de vacunación contra la COVID-19 de las niñas y niños de 5 a 11 años¹. Sin importar qué vacuna se haya utilizado en el esquema primario, se utilizan como refuerzo las vacunas a base de ARN mensajero¹:

- Vacuna pediátrica de Pfizer y BioNTech, a partir de los 5 años.
- Vacuna de Moderna para uso pediátrico a partir de los 6 años.

La estrategia de vacunación infantil se inició en la Argentina en octubre de 2021. Primero, niños y niñas de 3 a 11 años recibieron la vacuna inactivada del laboratorio Sinopharm. Luego se incorporaron las vacunas pediátricas de plataforma de ARN antes mencionadas. La decisión de ofrecer el refuerzo se sustenta en la evidencia disponible a nivel internacional sobre la administración de un refuerzo a chicos de 5 a 11 años, que indica que es la estrategia recomendada dada la situación epidemiológica actual, con circulación dominante de la variante ómicron y de sus diferentes sublinajes¹. Además, para la recomendación se tuvieron en cuenta otros hallazgos importantes¹:

- La seguridad de las vacunas en esquemas primarios.
- La disminución con el tiempo y en todos los grupos etarios de la efectividad para prevenir la internación y las muertes por COVID-19.
- Las secuelas a largo plazo aun en casos de enfermedad leve.

Importante:

La vacunación está recomendada para todas las niñas y niños de 5 a 11 años. Las recomendaciones en casos especiales, como, por ejemplo, los antecedentes de alergia, están descriptas en el *Manual del vacunador*¹.

Esquema primario e intervalo necesario para aplicar el refuerzo¹

Se mantiene la recomendación de completar el esquema primario con la misma vacuna con que se lo inició (esquema primario homólogo)¹. La dosis de refuerzo está indicada una vez que hayan transcurrido cuatro meses desde la última dosis del esquema inicial: segunda dosis, en el caso de niños sanos, o dosis adicional, en el caso de niños inmunocomprometidos (en tratamiento oncológico; en tratamiento inmunosupresor por trasplante de órgano sólido; con inmunodeficiencia primaria moderada o grave; con VIH, de forma independiente del recuento de CD4 y de los valores de carga viral; en tratamiento activo con corticosteroides en dosis altas o medicación inmunosupresora; con enfermedad renal crónica en hemodiálisis; con enfermedades autoinmunitarias o en tratamiento con inmunosupresores, inmunomoduladores o biológicos).

Si bien las dosis del esquema inicial (primera, segunda y dosis adicional) pueden aplicarse cuando se hayan cumplido los criterios de alta clínica y epidemiológica en personas con diagnóstico de COVID-19, se recomienda diferir las dosis de refuerzo por lo menos 90 días del alta, si transcurrieron al menos cuatro meses desde la aplicación del esquema inicial, para optimizar la respuesta inmunitaria en personas que tuvieron COVID-19.

Coadministración con otras vacunas¹

Con el objetivo aprovechar oportunidades de vacunación, el Ministerio de Salud recomienda administrar las vacunas contra la COVID-19 junto con cualquier otra vacuna. Pueden aplicarse el mismo día o en días diferentes, sin requerir ningún intervalo específico entre las dosis.

Refuerzo de la vacuna pediátrica contra la COVID-19 en los EE. UU.

La decisión argentina se condice con la de los EE. UU., donde los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), siguiendo al Comité Asesor sobre Prácticas

de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés), recomendaron que niñas y niños de 5 a 11 años recibieran el refuerzo contra la COVID-19 al menos cinco meses después de haber completado el esquema inicial. Se les administra una dosis de la vacuna de Pfizer y BioNTech luego del esquema completo de dos dosis, en el caso de chicos sanos, o tres dosis, en el caso de niños inmunocomprometidos. Por lo tanto, el refuerzo es la tercera dosis para niños sanos y la cuarta dosis para los inmunocomprometidos^{2,3}.

Según la solicitud del laboratorio Pfizer a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), se observaron valores decrecientes de anticuerpos en niños que habían recibido el esquema primario; pero, después de haberles aplicado la dosis de refuerzo, la cantidad de anticuerpos fue superior a la generada por el esquema primario⁴. Con base en los datos del ensayo clínico, que incluyó a 4500 niños de 5 a 11 años, el refuerzo mostró un perfil de seguridad similar al determinado con dos dosis^{4,5} y aumentó 36 veces la cantidad de anticuerpos contra la variante ómicron^{4,6}. Durante el período de aumento de casos de ómicron, la efectividad de dos dosis de la vacuna de Pfizer para prevenir la infección en niños de 5 a 12 años cayó del 68 % al 12 %, de acuerdo con estudios del Departamento de Salud del Estado de Nueva York y los CDC².

Durante la ola invernal por la variante ómicron en los EE. UU., se dispararon las infecciones infantiles. La Academia Estadounidense de Pediatría estimó 5.5 millones de casos de COVID-19 en 2022, de los 13,2 millones confirmados desde el inicio de la pandemia⁷. Si bien al comienzo no se le dio la misma importancia al impacto de la COVID-19 en niños y en adultos, las muertes de chicos de 5 a 11 años superaron a las causadas por otras enfermedades inmunoprevenibles⁴. En 2020, la COVID-19 fue una de las principales causas de muerte en este grupo etario⁴. De acuerdo con los CDC, hasta el 19 de mayo de 2022, murieron por COVID-19, 1547 niños, de los cuales 364 tenían entre 5 y 11 años⁴. **Este** grupo fue también el más vulnerable al síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C), cuadro infrecuente pero grave relacionado con el SARS-CoV-2: se registraron 3800 casos y 16 muertes4.

Bibliografía

- Argentina. Ministerio De Salud. Manual del vacunador. Primer refuerzo en niñas y niños de 5 a 11 años. Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19; 26 de mayo de 2022. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientostecnicos-primer-refuerzo-en-ninos-y-ninas-de-5-11-anos.
- CDC. CDC Strengthens Recommendations and Expands Eligibility for COVID-19 Booster Shots; 19 de mayo de 2022. Disponible en https://www.cdc.gov/media/releases/2022/s0519-covid-booster-acip.html.

- CDC. ACIP Update to the Evidence to Recommendations for a Pfizer-BioNTech COVID-19 Booster in Children Ages 5-11 Years; 31 de mayo de 2022. Disponible en https://www.cdc.gov/vaccines/acip/recs/grade/pfizer-biontech-covid19-booster-children-etr.html.
- Christensensen J. Los CDC aprueban la vacuna de refuerzo contra el covid-19 para niños de 5 a 11 años, 19 de mayo de 2022. Disponible en https://cnnespanol.cnn.com/2022/05/19/ asesores-en-vacunas-cdc-refuerzo-vacuna-covid-19-ninos-de-5a-11-trax/.
- Pfizer. Pfizer and BioNTech Granted U.S. Emergency Use Authorization for Booster Dose of Their COVID-19 Vaccine in Children 5 Through 11 Years of Age; 17 de mayo de 2022. Disponible en https://www.pfizer.com/news/press-release/pressrelease-detail/pfizer-and-biontech-granted-us-emergency-useauthorization.
- 6. Pfizer. Pfizer and BioNTech Announce Data Demonstrating High Immune Response Following a Booster Dose of their COVID-19 Vaccine in Children 5 Through 11 Years of Age; 14 de abril de 2022. Disponible en https://www.pfizer.com/news/press-release/ press-release-detail/pfizer-and-biontech-announce-datademonstrating-high-immune.
- American Academy of Pediatrics. Summary of data publicly reported by the Centers for Disease Control and Prevention; 1 de junio de 2022. Disponible en https://www.aap.org/en/ pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/children-and-covid-19-vaccination-trends/.

Notificación breve

Actualización sobre hepatitis aguda de causa desconocida en niños

La cantidad de niños con hepatitis aguda de causa desconocida **aumentó más del 100 % en mayo** de 2022¹. De acuerdo con el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se publicó el 27 de mayo¹, se notificaron **alrededor de seiscientos cincuenta casos probables en 33 países** de cinco regiones de la OMS entre el 5 de abril y el 26 de mayo. Aún no se ha establecido si los casos detectados superan la cantidad basal esperada ni dónde está ocurriendo esa situación².

La causa de estas hepatitis sigue en investigación². En el Reino Unido, se ha observado un aumento en la actividad del adenovirus, que cocircula con el SARS-CoV-2, aunque el papel de estos virus en la patogenia sigue sin estar claro¹. Hasta el momento, es el país que ha notificado más casos, 222¹.

La OMS también confirmó los siguientes datos de Europa¹:

- El 75,4 % de los niños afectados son menores de 5 años.
- Se dispone de información sobre el ingreso hospitalario de 156 pacientes, de los cuales el 14 % ingresó en una unidad de cuidados intensivos.

- Recibió un trasplante hepático el 12 % de los 117 casos con información disponible.
- De solo 26 casos con resultados de pruebas serológicas, 19 (73 %) fueron positivos en SARS-CoV-2.
- De los 63 casos con datos sobre vacunación contra la COVID-19, el 84 % no estaban vacunados.
 No se han revelado los antecedentes de vacunación contra la COVID-19 de los familiares convivientes ni contra otras enfermedades.
- No se puede descartar la transmisión de persona a persona, ya que se confirmaron casos con nexo epidemiológico en Escocia y en los Países Bajos.

Es prioritario identificar con rapidez a los niños con hepatitis aguda para garantizar su tratamiento óptimo. Si bien la mayoría de los países tienen la capacidad para el tratarla, varía la capacidad de trasplante hepático o de atención en cuidados intensivos de la insuficiencia hepática. Según la OMS, diferentes autoridades sanitarias, redes de investigación y grupos de trabajo están llevando a cabo investigaciones epidemiológicas, clínicas, de laboratorio, histopatológicas y toxicológicas más detalladas para identificar la causa o las causas de estos casos.

Bibliografía

- Precision vaccinations. Over 650 children impacted by mysterious acute hepatitis; 28 de mayo de 2022. Disponible en www.precisionvaccinations.com/over-650-children-impacted-mysterious-acute-hepatitis.
- OMS. Acute hepatitis of unknown aetiology in children. Multicountry; 27 de mayo de 2022. Disponible en https:// www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/DON-380