

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N.º 119 - Julio de 2022

Viruela símica: la OMS declaró la emergencia sanitaria internacional | Disminución de la cobertura mundial de vacunación de niños por la pandemia de COVID-19 | Prioridades en el desarrollo de nuevos antibióticos | Notificación breve • Argentina: alerta por caso confirmado de sarampión

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

Viruela símica: la OMS declara la emergencia sanitaria internacional

El 23 de julio de 2022, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró que el **brote de viruela símica en rápida expansión representa una emergencia sanitaria internacional**¹. Se trata del máximo nivel de alerta de esa entidad, con el fin de desencadenar una respuesta global coordinada. Así, se podrían desbloquear fondos para el intercambio colaborativo de vacunas y tratamientos¹.

Hasta el 28 de julio, se habían confirmado 21.148 casos en 78 países, 71 de los cuales no tenían antecedentes de la infección². Esta cifra refleja la **rápida diseminación, más allá de los países endémicos**². En el Cuadro 1, se presentan los casos notificados a la misma fecha en la Argentina y en los países limítrofes².

Según se publicó a principios de julio, **el 78 % de los casos confirmados a nivel global corresponden a hombres con edad entre 18 y 44 años**. El 98 % de ellos tienen relaciones sexuales con hombres; y, en este grupo, el 41% viven con el VIH.

El 47% indicó que había estado expuesto a la enfermedad en **eventos sociales con contacto sexual**. Además, se han informado que siete menores de 18 años se infectaron en países de África y Europa³.

Transmisión

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, genital). La transmisión de animales a seres humanos ocurre por mordidas, arañazos o contacto directo con fluidos, sangre o carne⁴.

Cuadro 1. Casos de viruela símica en la Argentina y en los países limítrofes hasta el 28 de julio de 2022².

País	Cantidad de casos
Argentina	20
Brasil	696
Chile	45
Uruguay	-
Paraguay	-
Bolivia	-

AUSPICIA



En el contexto actual, se considera la transmisión interpersonal por **contacto físico (tocarse, besarse), íntimo o sexual**, o por contacto **estrecho, cara a cara, y prolongado** por medio de **gotitas respiratorias de gran tamaño**. Otras vías de transmisión son el contacto directo o indirecto con lesiones de piel, costras o fluidos corporales de una persona enferma. También se ha documentado la transmisión transplacentaria^{4,5}.

Definición de caso

En el recuadro, se destaca la definición actual de caso sospechoso de la OMS⁵. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EE. UU.) publicaron las siguientes definiciones⁶:

Caso sospechoso

- Exantema nuevo y característico de la enfermedad (lesiones profundas y bien circunscriptas, con frecuencia con centro umbilicado, que progresan a máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras).
- Paciente que cumple uno de los criterios epidemiológicos y con alta sospecha de la infección.

Criterios epidemiológicos

Durante los 21 días previos a la aparición de la enfermedad ocurrió **alguna de estas situaciones**:

- Contacto con persona(s) con un exantema similar o con diagnóstico de caso confirmado o probable.

Definición de caso sospechoso de la OMS⁵

Persona de cualquier edad que ha presentado luego del 1 de enero de 2022 un **exantema agudo inexplicable** o **una o más lesiones cutáneas agudas**:

+

Ha tenido **uno o más de los siguientes signos o síntomas**:

- cefalea,
- fiebre súbita (>38,5 °C),
- mialgias,
- dolor de espalda,
- astenia,
- linfadenopatía.

+

El cuadro **no corresponde a las siguientes causas habituales** de exantema agudo: varicela, herpes zóster, sarampión, herpes simple, infecciones bacterianas de la piel, infección gonocócica diseminada, sífilis primaria o secundaria, cancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reacción alérgica y cualquier otra causa común localmente relevante de erupción vesicular o papular.

- Contacto estrecho o íntimo con personas de una red social en la cual la enfermedad está activa.
- Viaje a un país con casos confirmados de viruela símica o donde el virus es endémico.
- Contacto con un animal silvestre, vivo o muerto, o con una mascota exótica que sean especies endémicas africanas, o utilización de un producto derivado de dichos animales (p. ej. carne de caza, cremas, lociones).

Caso confirmado

Presencia del virus determinada por PCR o aislamiento viral en cultivos de muestras de tejido.

Manifestaciones clínicas

Período de incubación: 1-2 semanas (5-21 días)⁴.

Período de invasión: 0-5 días. Provoca fiebre, cefalea, cansancio y linfadenopatías⁴.

Período exantemático: de 1 a 3 días luego del inicio de la fiebre, Aparece eritema, pápulas, vesículas y, por último, pústulas (Figura 1) que se ubican en la cara, las extremidades o la mucosa genital u oral⁴. Evolucionan de forma uniforme⁴. Recién cuando todas



Figura 1. 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>.

las lesiones pustulosas evolucionan a costras y cuando estas desaparecen y se forma la nueva capa de piel, finaliza el período de contagio⁵.

Medidas de prevención y control en establecimientos sanitarios⁷

Aislamiento

Siempre que sea posible, los pacientes que necesitan ser hospitalizados deberían estar en una **habitación con presión de aire negativa**. De lo contrario, se les debería asignar una habitación **individual o compartida solo por una cohorte con enfermedad** confirmada. Se recomienda que el paciente utilice un **barbijo quirúrgico de triple capa** en presencia de otras personas y que **se cubra las lesiones cutáneas expuestas con una sábana o con un camisolín**. Las precauciones de aislamiento, ya sea en centros de atención médica o en el hogar, deben continuar **hasta que desaparezcan todas las costras** y se haya formado una nueva capa de piel.

Antes de ingresar en la habitación del paciente, los trabajadores sanitarios deben colocarse el equipo de protección personal (EPP):

- **Camisolín y guantes desechables.** Cuando se deba realizar una maniobra que exponga a fluidos corporales, se recomienda utilizar un camisolín hidrorrepelente.
- **Barbijo quirúrgico de triple capa.**
- **Barbijo N95.** Debe colocarse cuando se efectúen procedimientos que generan aerosoles, como nebulizaciones, utilización de cánula de alto flujo, ventilación no invasiva o intubación del paciente. Se debe considerar usarlo también en situaciones que requieran proximidad con el paciente durante períodos prolongados y en espacios con escasa ventilación mecánica (<6 recambios de aire por hora) o natural. Se considera que la ventilación natural es insuficiente cuando la habitación no tiene una ventana que pueda abrirse por completo para que circule aire.
- **Máscara facial, gafas o antiparras.** Se necesita protección ocular cuando haya riesgo de salpicaduras con fluidos corporales del paciente.

El EPP debe utilizarse durante todo el período de contacto. Es imprescindible **sacárselo con sumo cuidado** para que no se contamine la piel o la ropa, y **desecharlo antes de salir de la sala de aislamiento**. Resulta asimismo fundamental **higienizarse las manos** después de cualquier contacto con un paciente infectado o con su entorno durante.

Ropa de cama y residuos

- Los residuos generados en las habitaciones de los pacientes deben eliminarse como residuos patógenos, en bolsa roja.
- La ropa sucia debe manipularse con cuidado para que no se dispersen partículas infecciosas.
- La ropa o ropa de cama que puede estar contaminada debe colocarse en una bolsa, que se cerrará con un nudo y se colocará dentro de otra bolsa antes de transportarla a la lavandería.
- El procedimiento de lavado de ropa hospitalaria sucia deberá cumplir los pasos estándar. Se hará un prelavado para quitar las manchas, en caso de que sea necesario, y luego el lavado a una temperatura superior a 60 °C.

Limpieza final de la habitación

Después de retirar las sábanas sucias, se pueden limpiar las habitaciones con hipoclorito de sodio. El virus de la viruela símica puede eliminarse mediante la **limpieza con detergentes hospitalarios y la desinfección con 1000 ppm de hipoclorito de sodio**. Se sugiere prestarle especial atención a las **superficies que se tocan con frecuencia**: mesas, picaportes, canillitas. El personal de limpieza deberá utilizar calzado hidrorrepelente, que se limpiará y desinfectará en caso de exposición a fluidos corporales.

Bibliografía

1. Grover N, Revill J, Rigby J. Who declares global health emergency over monkeypox outbreak; 23 de julio de 2022. Disponible en <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/monkeypox-outbreak-constitutes-global-health-emergency-who-2022-07-23/>.
2. CDC. Monkeypox. 2022 Global Map&Case Count; consulta el 28 de julio de 2022. Disponible en <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html>.
3. OPS y OMS. Actualización epidemiológica sobre viruela símica; 9 de julio 2022. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sobre-viruela-simica-9-julio-2022>.
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/3Jv0dqi>.
5. OMS. Monkeypox outbreak toolbox. WHO suggested outbreak case definition for the multi-country monkeypox outbreak, as of 21 May 2022; act. junio de 2022. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/outbreak-toolkit/disease-outbreak-toolboxes/monkeypox-outbreak-toolbox>
6. CDC. Case Definitions for Use in the 2022 Monkeypox Response; 22 de julio de 2022. Disponible en <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/case-definition.html>.
7. Sociedad Argentina de Infectología. Comisión de Emergentes y Enfermedades Endémicas. Comisión de IACS y Seguridad del Paciente. Viruela del mono (Monkeypox): agrupamiento de casos en varios países. Guía preliminar de manejo de casos; 23 de mayo de 2022. Disponible en <https://www.sadi.org.ar/publicaciones/item/1539-viruela-del-mono-monkeypox-agrupamientos-de-casos-en-varios-paises-guia-preliminar-de-manejo-de-casos>.

Disminución de la cobertura mundial de vacunación de niños por la COVID-19

En el mundo, se registra un **descenso ininterrumpido de las coberturas de vacunación infantil, el más importante de los últimos 30 años**, según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)¹. Tras el impacto inicial de la pandemia de COVID-19, se esperaba que las coberturas se recuperaran durante 2021. Sin embargo, entre 2019 y ese año, cayó el 5 % el porcentaje de niños que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa o *pertussis* (DTP) —marcador de cobertura a nivel nacional e internacional—, por lo que **la cobertura actual es del 81 %**¹.

Así, solo durante 2021, **25 millones de niños quedaron expuestos a enfermedades inmunoprevenibles** porque no recibieron una o dos dosis de la vacuna DTP. Son dos millones más que en 2020 y seis millones más que en 2019. Si bien **la disminución de las coberturas se registró en todas las regiones**, fue más pronunciada en Asia Oriental y el Pacífico. “Es un alerta roja para la salud infantil”, advirtió la directora ejecutiva de UNICEF, Catherine Russel. Según afirmó, una caída tan importante y continua en una generación traerá como consecuencia más muertes. Algunos factores implicados en este descenso son el aumento de la **cantidad de niños que viven en zonas de conflictos o en situación de vulnerabilidad, la desinformación y los problemas relacionados con la pandemia de COVID-19** (interrupción de suministros, desvío de recursos)¹.

La caída de las coberturas a nivel mundial se observa también en el caso de otras vacunas¹:

- **Vacuna contra el HPV.** Se ha perdido más de la cuarta parte de la cobertura alcanzada en 2019, y la cobertura con la primera dosis solo llega al 15 %.
- **Vacuna contra el sarampión.** La cobertura con la primera dosis se redujo al 81 % en 2021, **el valor más bajo desde 2008**. Esto significa que 24,7 millones de niños (cinco millones más que en 2019) no iniciaron aún el esquema de vacunación, y 14,7 millones no recibieron la segunda dosis.
- **Vacuna contra la polio.** Con respecto al año 2019, 6,7 millones de niños no han recibido la tercera dosis.

Importante:

En los últimos 12 meses, se han registrado **brotes de sarampión y polio** por coberturas insuficientes¹.

Cuadro 2. Registros de enfermedades inmunoprevenibles en la Región de las Américas durante 2021².

Enfermedad	Cantidad de casos
Difteria	66
Sarampión	682
Rubéola	7
Paperas	14.282
Tos convulsa	6704
Tétanos neonatal	15

La OMS y UNICEF colaboran con Gavi, la Alianza para las Vacunas en el cumplimiento de la Agenda de Inmunización 2030 (AI2030), con el fin de que todos los países alcancen los objetivos establecidos en materia de enfermedades inmunoprevenibles. Los propósitos de la AI2030 para el fortalecimiento mundial de la vacunación son los siguientes:

- Intensificar los esfuerzos para actualizar los esquemas de vacunación, ampliar los servicios en las zonas vulnerables y poner en marcha campañas para prevenir brotes.
- Asegurarse de que la preparación y respuesta actuales frente a pandemias promuevan la inversión en servicios de atención primaria de la salud.
- Garantizar el compromiso político de los gobiernos para que asignen recursos que fortalezcan y mantengan la vacunación en la atención primaria.
- Generar estrategias basadas en la evidencia para generar confianza en las vacunas.
- Aumentar las inversiones en investigación para desarrollar nuevas vacunas y mejorar las existentes, así como los servicios de vacunación.

Situación en América y en la Argentina

En el Cuadro 2, se presentan los registros de enfermedades inmunoprevenibles en la Región de las Américas durante 2021². La cobertura con la tercera dosis de la vacuna DTP fue del 80 %². En el caso de las vacunas con componente contra el sarampión, la cobertura fue del 84 % (primera dosis) y 75 % (segunda dosis)². Las tendencias correspondientes a la vacunación en la Argentina se presentan en la Figura 2 (véase la página siguiente)³.

Diferencias de cobertura de vacunación contra la COVID-19⁴

Las vacunas contra la COVID-19 han sido herramientas fundamentales para mitigar el impacto de la pandemia, junto con las medidas preventivas, el diagnóstico y el tratamiento. Hasta julio de 2022, se

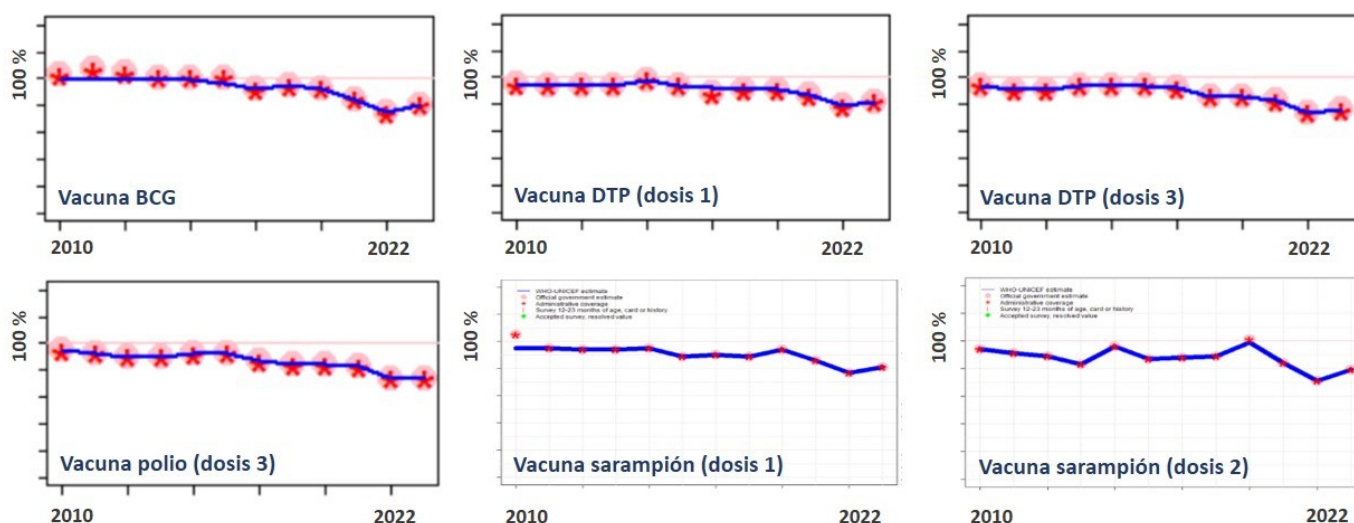


Figura 2. Evolución de las coberturas de vacunación en la Argentina entre 2010 y 2022. Adaptación de los gráficos publicados por UNICEF³.

habían administrado **más de tres mil ochocientos millones de dosis de vacunas**, gracias a la operación de adquisición y suministro de vacunas más importante de la historia, sin precedentes en términos de la velocidad y la escala demográfica alcanzada.

Sin embargo, **persisten las desigualdades entre los países de bajos y altos ingresos**, que se traducen en muertes y en la prolongación de la pandemia. **Solo el 16 % de las personas en los países de bajos ingresos han recibido una dosis de alguna vacuna**, en comparación con el 80 % en los países de altos ingresos. Además, siguen desprotegidos muchos trabajadores de la salud, personas mayores y pacientes con enfermedades preexistentes, que tienen más riesgo de infectarse o de presentar formas graves de la COVID-19.

Bibliografía

1. OMS. La pandemia de COVID-19 causa el mayor retroceso ininterrumpido de la vacunación en treinta años; julio de 2022. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/15-07-2022-covid-19-pandemic-fuels-largest-continued-backslide-in-vaccinations-in-three-decades>.
2. OMS. Immunization dashboard. Region of Americas. Disponible en <https://immunizationdata.who.int/pages/profiles/amr.html>.
3. UNICEF. Immunization country profiles; julio de 2022. Disponible en <https://data.unicef.org/resources/immunization-country-profiles/>.
4. UNICEF. Immunization; julio de 2022. Disponible en <https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/>.

Prioridades en el desarrollo de nuevos antibióticos

La resistencia a los antimicrobianos es una amenaza creciente; por lo tanto, se necesitan con urgencia nuevos tratamientos¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) evaluó los antibacterianos en desarrollo y publicó de forma reciente los datos en el informe "2021 Antibacterial agents in clinical and preclinical development: an overview and analysis" (Agentes antibacterianos en desarrollo clínico y preclínico en 2021: descripción general y análisis)².

Según el documento, **se están desarrollando 77 antibacterianos**: la mayoría son tradicionales, pero 32 son bacteriófagos, anticuerpos monoclonales u otras alternativas menos habituales^{1,2}. Existe una necesidad particular de opciones innovadoras, dado el aumento de la resistencia a los antimicrobianos tradicionales¹. En este grupo, por el momento, hay **27 antibióticos contra patógenos prioritarios**^{1,2}.

Para guiar y promover la investigación y desarrollo de nuevos antibióticos, la OMS identificó 12 géneros o especies de bacterias a las que considera las amenazas más inmediatas que requieren tratamientos novedosos^{1,3}. Las clasificó en tres categorías según la prioridad (Cuadro 3; véase la página siguiente)³. El grupo más crítico está formado por patógenos multi-resistentes que se encuentran con frecuencia en poblaciones vulnerables, pacientes hospitalizados o cuya atención demanda dispositivos médicos, y resi-

Cuadro 3. Lista de patógenos con prioridad para el desarrollo de nuevos antibacterianos, según la Organización Mundial de la Salud³.

Prioridad	Bacterias	Resistencia
Nivel 1: crítica	<i>Acinetobacter baumannii</i>	Carbapenem
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Carbapenem
	Enterobacterias (<i>Klebsiella</i> , <i>E. coli</i> , otras)	Carbapenem, productoras de betalactamasas de espectro ampliado
Nivel 2: elevada	<i>Enterococcus faecium</i>	Vancomicina
	<i>Staphylococcus aureus</i>	Meticilina. Vancomicina (o con resistencia intermedia)
	<i>Helicobacter pylori</i>	Claritromicina
	<i>Campylobacter</i> spp.	Fluoroquinolona
	<i>Salmonella</i>	Fluoroquinolona
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Cefalosporina. Fluoroquinolona
Nivel 3: intermedia	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	No susceptible a la penicilina
	<i>Haemophilus influenzae</i>	Ampicilina
	<i>Shigella</i> spp.	Fluoroquinolona

dentes en geriátricos^{1,3}. En especial, la lista incluye bacterias gramnegativas multirresistentes, que tienen la capacidad de generar nuevos mecanismos de resistencia y de diseminarla por transferencia de material genético³.

De los 27 antibióticos en desarrollo contra los patógenos prioritarios, **solo 6 cumplen, por lo menos, uno de los criterios de innovación de la OMS**: no tener una resistencia cruzada conocida, estar dirigidos a un objetivo celular novedoso, actuar por medio de un mecanismo nuevo y pertenecer a una nueva clase de antibióticos^{1,3}. Además, de ese grupo de seis compuestos novedosos, **solo dos tienen actividad, como mínimo, contra una bacteria gramnegativa multirresistente del nivel 1 de prioridad (crítica)**³.

Debido a la falta de financiación, **los nuevos antimicrobianos salen al mercado de forma lenta y con moderación**. Según la OMS, durante el proceso de desarrollo, el avance de un compuesto de la etapa preclínica a la clínica tarda entre 10 y 15 años. Sumado a esto, **el ritmo de los ensayos clínicos de antibióticos se ha desacelerado por la pandemia de COVID-19**, durante la cual aumentaron el 15% las infecciones por patógenos resistentes en un contexto de sobreocupación hospitalaria. Asimismo, para mitigar la crisis, se desviaron fondos que, de otro modo, podrían haberse destinado a estas investigaciones¹.

En consecuencia, **durante los últimos cinco años, solo se ha autorizado el uso de 12 nuevos antibióticos**; pero, en comparación con los preexistentes, la **mayoría no ofrece mejores beneficios clínicos**. El cefiderocol es el único agente antibacteriano contra los patógenos de prioridad crítica que se ha aprobado desde 2020, cuando la OMS publicó su informe anterior sobre antibióticos¹. Actualmente, se están llevando a cabo en ensayos de fase III con los siguientes antibióticos:

- **Nafitromicina**, con acción sobre patógenos respiratorios.
- **Sulopenem-etzadroxilo/probenecid** contra infecciones urinarias no complicadas.
- **Ataniborbactam + cefepime** contra *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenem.
- **Durlobactam** contra *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenem.

Bibliografía

1. Saloman L. WHO outlines antibiotic development priorities; 29 de julio de 2022. Disponible en <https://www.contagionlive.com/view/who-outlines-antibiotic-development-priorities>.
2. OMS. 2021 Antibacterial agents in clinical and preclinical development: an overview and analysis; 21 de mayo de 2022. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047655>.
3. OMS. WHO publishes list of bacteria for which new antibiotics are urgently needed; 27 de febrero de 2017. Disponible en <https://www.who.int/news/item/27-02-2017-who-publishes-list-of-bacteria-for-which-new-antibiotics-are-urgently-needed>.

Notificación breve

Argentina: alerta por caso confirmado de sarampión

El 12 de julio de 2022, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una alerta epidemiológica por un caso de sarampión en el partido de Vicente López, en la provincia de Buenos Aires¹. Se trató de una **niña de 2 años**, cuyo diagnóstico de sospecha se confirmó en el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) Dr. Carlos Malbrán, al detectarse, por una prueba de PCR, el genoma viral en la muestra obtenida por hisopado nasofaríngeo. También se hallaron anticuerpos IgM en la muestra de suero. La paciente había recibido **una dosis de la vacuna triple viral** en septiembre de 2021 y tenía el **antecedente de contacto con un familiar que había regresado de Europa y África**².

La aparición de casos de sarampión preocupa por la caída en las tasas de vacunación y el **riesgo de que la enfermedad se reintroduzca en el país**. Entre enero de 2019 y diciembre de 2020, se confirmaron 199 casos, de los cuales 18 fueron importados, 2 se relacionaron con la importación, y 179 tuvieron origen desconocido. Con una duración de 29 semanas, fue el **mayor brote desde la eliminación en 2000**¹.

Vacunación: coberturas y recomendaciones¹

Entre 2009 y 2019, se registró en la Argentina, al igual que a nivel global, una **caída promedio de 10 puntos en las coberturas de todos los esquemas de vacunas del calendario nacional**. Esta tenden-

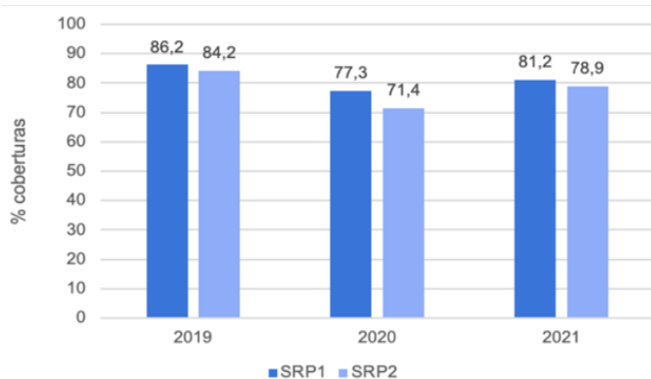


Figura 3. Cobertura de vacunación antisarampionosa (en porcentaje) en la Argentina entre 2019 y 2021. SRP1: primera dosis de la vacuna triple viral; SRP2: segunda dosis de la vacuna triple viral. Elaborada por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI)¹.

Recomendaciones de vacunación antisarampionosa para viajes al exterior¹

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, adolescentes y adultos: deben acreditar, al menos, **dos dosis** de alguna vacuna contra el sarampión (monovalente, doble o triple viral) aplicada después del año de vida o deben tener anticuerpos IgG contra sarampión (prueba serológica positiva).

Embarazo: se debe acreditar, al menos, **dos dosis** de alguna vacuna contra el sarampión (monovalente, doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o tener anticuerpos IgG contra sarampión (prueba serológica positiva). De lo contrario, se les aconseja a quienes estén gestando que consideren aplazar o reprogramar el viaje.

cia se profundizó en 2020 durante la pandemia. **En 2021, las coberturas siguieron siendo insuficientes**, según datos parciales (Figura 3).

Todas las personas de un año o mayores deben tener completo el esquema de vacunación contra el sarampión y la rubéola, según el Calendario Nacional de Vacunación:

- Niños de 12 meses a 4 años: deben acreditar **una dosis** de la vacuna triple viral.
- Niños mayores de 5 años, adolescentes y adultos: deben acreditar, al menos, **dos dosis** de alguna vacuna con componente contra sarampión y rubéola, aplicada después del año de vida, o tener IgG contra sarampión (prueba serológica positiva).

En el recuadro, se destacan las recomendaciones para residentes en la Argentina que viajen al exterior.

Importante:

La vacuna doble o triple viral está contraindicada en menores de 6 meses, personas gestantes o personas con inmunosupresión¹.

Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no deben vacunarse.

Bibliografía

1. Argentina. Ministerio de Salud. Alerta epidemiológica. Caso confirmado de sarampión en la provincia de Buenos Aires- Riesgo de reintroducción. 12 de julio de 2022 – SE 28. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-07/Alerta_sarampion_12072022_1806_12-7-2022.pdf.
2. Argentina. Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud de la Nación confirma un caso de sarampión en Argentina; 12 de julio de 2022. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-ministerio-de-salud-de-la-nacion-confirma-un-caso-de-sarampion-en-argentina>.



Haga clic sobre la imagen para acceder y suscribirse.