

# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N.º 120 - Agosto de 2022

Argentina: cronología del brote por *Legionella* en la ciudad de Tucumán, medidas y recomendaciones | Día Internacional contra el Dengue | Circulación en los EE. UU. de poliovirus vacunal de tipo 2: llamado de OPS y campaña de vacunación en la Argentina | Notificación breve • EE. UU.: alerta por circulación de enterovirus D68

## 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

## Argentina: cronología del brote por *Legionella* en Tucumán, medidas y recomendaciones

En el siguiente artículo, se repasa la evolución del brote por *Legionella* iniciado en agosto de 2022 en la ciudad de Tucumán y se recuerdan las medidas implementadas y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**29 de agosto.** El Ministerio de Salud argentino notificó a la OMS sobre un agrupamiento de seis casos de **neumonía bilateral sin causa identificada** en la ciudad de Tucumán, notificado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán. Las personas afectadas tenían relación con un **mismo centro médico privado** y habían empezado a presentar síntomas entre el 18 y el 22 de agosto. Cinco de ellas eran integrantes del personal sanitario, mientras que la restante había ingresado en la clínica por una enfermedad no relacionada y requirió luego cuidados intensivos por neumonía. Todos los casos presentaron **fiebre, mialgia, dolor abdominal y disnea**<sup>1</sup>.

**31 de agosto.** Luego de pruebas preliminares realizadas en un laboratorio público

para detectar virus respiratorios, bacterias y hongos en muestras de sangre, secreciones respiratorias y tejidos, cuyos resultados fueron negativos, las muestras de los seis casos fueron remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud, ANLIS-Malbrán) para determinaciones adicionales<sup>1</sup>.

**1 de septiembre.** Mediante el sistema de vigilancia epidemiológica, se identificaron otros tres casos, trabajadores de la salud del mismo centro privado con edades entre 30 años y 40 años. Entre el 20 y 25 de agosto, habían comenzado a presentar los mismos síntomas y signos que los seis casos iniciales<sup>1</sup>.

**3 de septiembre.** Tras la identificación de otros dos hombres afectados, de 81 años y de 64 años, con enfermedades previas, que fueron hospitalizados y tenían un cuadro similar al ya descrito, el registro de casos llegó a 11, con 4 fallecimientos. Las características del grupo se presentan en el cuadro 1 (véase la página siguiente). Sus contactos continuaban sin síntomas y en seguimiento. Hasta entonces, eran negativos los resultados de las muestras analizadas en el Malbrán para determinar SARS-CoV-2 (por RT-PCR), virus de la gripe, otros 12 virus respirato-

Cuadro 1. Descripción del agrupamiento de casos registrados al 3 de septiembre de 2022<sup>1</sup>.

Característica	Valor
Cantidad de pacientes	11
Media de edad (años)	45
Varones	7
Trabajadores de la salud	8 (3 muertes)
Personas con afecciones o factores de riesgo de enfermedad grave	10

rios, *Coxiella*, *Legionella* spp. (antígeno urinario), hantavirus, histoplasma, *Yersinia pestis* y leptospira. La secuenciación genómica y el análisis bioinformático de dos muestras de lavados broncoalveolares arrojó resultados indicativos de infección por *Legionella pneumophila*. Seguían en proceso los hemocultivos y las pruebas serológicas para complementar el diagnóstico<sup>1</sup>.

### Respuesta de salud pública<sup>1</sup>

En respuesta a la detección de casos de neumonía bilateral, las autoridades sanitarias de Tucumán coordinaron el seguimiento, la investigación de la(s) causa(s) de infección, la identificación de otros casos y el rastreo de contactos. En las primeras investigaciones, **no se hallaron casos secundarios**. Al haberse confirmado que la causa del brote era una bacteria del género *Legionella*, se implementaron las siguientes medidas:

- Suspensión de actividades en el centro afectado.
- Aumento de la vigilancia y búsqueda activa y pasiva casos y contactos.
- Toma de muestras biológicas y ambientales, y pruebas de laboratorio, incluido el aislamiento de la bacteria y análisis genómico.
- Aislamiento y atención de los casos.
- Identificación y seguimiento de los contactos.
- Comunicación del riesgo.

Con la colaboración de las autoridades sanitarias nacionales, se inició la toma de muestras ambientales para determinar la fuente de la contaminación e implementar con urgencia medidas de prevención y control. Además, se implementaron estrategias de comunicación a la comunidad y a los profesionales de la salud.

### Recomendaciones de la OMS<sup>1</sup>

- Continuar las pruebas de laboratorio, la identificación y atención de casos, y la investigación para identificar la fuente de infección.

### Epidemiología de la legionelosis<sup>1</sup>

Legionelosis es un término genérico que describe las formas neumónicas y no neumónicas de la infección por especies de *Legionella*. La enfermedad puede ser de leve a grave, en ocasiones, mortal. Es una importante causa de neumonía tanto nosocomial como extrahospitalaria. Aunque con poca frecuencia, causa brotes con impacto en la salud pública.

**Período de incubación:** de 2 días a 10 días (hasta 16 días en algunos brotes).

**Síntomas iniciales:** fiebre, tos, anorexia, cefalea, malestar general, letargo. Algunos pacientes presentan mialgias, diarrea y confusión. Si la enfermedad no se trata, empeora durante la primera semana.

**Mortalidad:** depende de la gravedad de la enfermedad, del tratamiento antibiótico, del contexto donde ocurrió la infección y de las afecciones subyacentes de la persona. **La tasa varía del 40 % al 80 % en pacientes inmunosuprimidos que fueron tratados** y disminuye a valores entre el 5 % y el 30 % si el tratamiento es adecuado, según la gravedad de los signos y síntomas. **En la mayoría de los casos, la mortalidad varía del 5 % al 10 %.**

- Implementar medidas de prevención de nuevas infecciones y de control.
- Mantener las precauciones recomendadas en el marco de la pandemia de COVID-19, que reforzaron la prevención y el control de infecciones.

### Importante:

La OMS **no recomendó medidas específicas para los viajeros**. En caso de síntomas indicativos de enfermedad respiratoria durante el viaje o luego de este, deberían solicitar atención médica e informar el antecedente de viaje<sup>1</sup>.

Sobre la base de la información disponible a principios de septiembre, tampoco recomendó restricciones de viajes desde la Argentina o hacia el país<sup>1</sup>.

### Bibliografía

1. OMS. Legionelosis - Argentina; 5 de septiembre de 2022. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON407#>.

## Día Internacional contra el Dengue (26 de agosto)

### Datos clave sobre dengue en América<sup>1</sup>

- Unos quinientos millones de personas están en riesgo de contraer dengue.
- Los casos acumulados aumentaron de 1,5 millones en la década de 1980 a 16,2 millones en la década de 2010.
- En 2013, año epidémico en la región, se registraron por primera vez más de dos millones de casos, y la incidencia fue de 430,8 casos cada 100.000 habitantes. Hubo también 37.692 casos de dengue grave y 1280 muertes.
- En 2019, se registraron más de tres millones de casos, 28.000 mil graves, y 1534 muertes.
- Circulan los cuatro serotipos del virus del dengue, en ciertas zonas, en simultáneo.
- El riesgo de dengue grave y muerte aumenta cuando una persona que ha tenido una infección por un serotipo contrae luego una infección por otro serotipo.
- En el continente, el mosquito vector es el *Aedes aegypti*, ampliamente distribuido, salvo en Canadá y Chile, donde no hay casos de dengue. Tampoco se registran casos en Uruguay, aunque está presente el mosquito.

El 26 de agosto, se conmemora el Día Internacional contra el Dengue, enfermedad viral aguda que tiene riesgo de adquirir la mitad de la población del mundo<sup>2</sup>. Está muy extendida en zonas tropicales y **han aumentado los casos en zonas urbanas**. Cada año, ocurren más de trescientos noventa millones de casos; de ellos, 500.000 son de dengue hemorrágico, que causa unas veinticinco mil muertes. Así, el dengue se ha vuelto un **grave problema de salud pública**, junto con el zika y el chikungunya<sup>2</sup>.

### Causas y síntomas

Existen **cuatro serotipos** del virus del dengue: DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4. Se transmiten por la

picadura de mosquitos infectados, pero no de persona a persona. En América, el mosquito vector es el *Aedes aegypti*. Se piensa que, al recuperarse de la infección, un individuo tiene inmunidad de por vida contra el serotipo que la causó. Sin embargo, **la inmunidad cruzada contra los demás serotipos es parcial y temporal**. Por eso, una persona puede llegar a enfermarse cuatro veces. El dengue **afecta a todos los grupos etarios**<sup>2,3</sup>.

El cuadro patológico es amplio, desde la **forma asintomática** (la persona no se percata de la infección) hasta la **forma grave**, que puede ser mortal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica el dengue en dos categorías principales: dengue (con signos de alerta o sin ellos) y dengue grave. Los síntomas son parecidos a los de la gripe: **fiebre, dolores musculares y de cabeza, escalofríos, náuseas y vómitos**. En ocasiones, el cuadro evoluciona a dengue grave. La infección secundaria (segundo serotipo) y las posteriores aumentan el riesgo de dengue grave<sup>2,3</sup>.

### Fase febril<sup>1</sup>

Esta etapa aguda dura de 2 días a 7 días. Los pacientes presentan fiebre alta y repentina, acompañada en ocasiones de enrojecimiento facial, eritema, dolor corporal generalizado, mialgias, artralgias, cefalea y dolor retroocular. A veces aparecen manifestaciones hemorrágicas leves, como petequias y equimosis en la piel. Las personas que mejoran después de que baja la fiebre se consideran casos de dengue sin signos de alarma. Sin embargo, pueden presentarse algunos problemas en esta fase, como deshidratación, trastornos neurológicos relacionados con la fiebre alta y convulsiones en los niños pequeños.

### Fase crítica<sup>1</sup>

Durante el período inicial de 3 días a 7 días de la enfermedad, cuando la temperatura desciende a 37,5 °C o es, incluso, más baja y se mantiene por debajo de este valor, puede aumentar la permeabilidad capilar a la par del hematocrito. Esto marca el comienzo de la fase crítica. Los pacientes que empeoran con la disminución de la fiebre y presentan signos de alarma se clasifican como **casos de dengue con signos de alarma**. Las complicaciones que suelen aparecer en esta fase son *shock* por la extravasación de plasma, hemorragias intensas y afectación grave de órganos.

### Fase de recuperación

Cuando el paciente sobrevive a la fase crítica, que dura de 48 h a 72 h, pasa a la fase de recuperación. Mejora el estado general, se recupera el apetito, disminuyen los síntomas gastrointestinales, se estabiliza el estado hemodinámico y aumenta la diuresis. Es posible que haya algunos problemas, como hipervolemia si la flui-

Cuadro 2. Clasificación revisada del dengue<sup>1</sup>.

Dengue	
Sin signos de alarma	La enfermedad puede manifestarse como un síndrome febril inespecífico. Si hubo otros casos confirmados en el entorno del paciente o en el área a la que pertenece, es determinante sospechar la enfermedad.
Con signos de alarma	El paciente puede presentar dolor abdominal intenso y continuo, vómito persistente, acumulación de líquidos, hemorragia en mucosas, alteración del estado de conciencia, hepatomegalia y aumento progresivo del hematocrito.
Dengue grave	
Las formas graves se definen por uno o más de los siguientes cuadros:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Shock por extravasación del plasma, acumulación de líquido con dificultad respiratoria, o ambos.</li> <li>• Hemorragia profusa considerada de importancia clínica por los médicos tratantes.</li> <li>• Afectación grave de órganos (hígado: AST o ALT <math>\geq</math> 1000; sistema nervioso central: alteración de la conciencia, incluye el corazón y otros órganos).</li> </ul>	

doterapia intravenosa ha sido excesiva o se ha prolongado durante este período.

### Clasificación revisada del dengue<sup>1</sup>

La clasificación recomendada por la OMS en 2009 se denomina “clasificación revisada”. Se estableció a partir de los resultados del estudio DENCO (Dengue and Control Study, ‘Dengue y estudio de control’), que incluyó casi dos mil casos confirmados de dengue de ocho países y dos continentes. Como se comentó antes, se han definido dos formas de la enfermedad: dengue y dengue grave. El llamado “dengue con signos de alarma” es parte de la forma dengue, pero se lo describe aparte por ser **de extrema importancia para decidir conductas terapéuticas y prevenir, en lo posible, el dengue grave** (cuadro 2).

### Medidas de prevención

La forma más eficaz de prevenir el dengue es **controlar las poblaciones de mosquitos vectores**, que debe complementarse con otras medidas (recuadro)<sup>1,2</sup>. La prevención y el control del dengue **deben ser intersectorial e involucrar a la familia y la comunidad**<sup>2</sup>. En cuanto a la vacuna CYD-TDV, la OMS ha informado la siguiente posición en septiembre de 2018:

“Los ensayos clínicos han demostrado que la vacuna con virus vivos atenuados CYD-TDV contra el dengue es eficaz y segura en personas que ya han estado infectadas anteriormente por el virus del dengue (sujetos seropositivos). La estrategia recomendada para los países que estén considerando incluir la vacunación en sus programas de control del dengue consiste en determinar el estado serológico de los sujetos antes de la vacunación y vacunar únicamente a las personas que hayan tenido una infección con anterioridad [...]. Las

decisiones sobre la aplicación de la estrategia de determinación del estado serológico antes de la vacunación requieren una evaluación cuidadosa en el ámbito nacional, teniendo en cuenta la sensibilidad y especificidad de las pruebas disponibles y las prioridades locales, la epidemiología del dengue, las tasas de hospitalización por dengue en el país y la asequibilidad de la vacuna CYD-TDV y de las pruebas de detección. La vacunación debería formar parte de una estrategia integrada de prevención y control del dengue. Con todo, sigue siendo necesario aplicar otras medidas preventivas, como un control bien ejecutado y sostenido de los vectores. Estén vacunados o no, los pacientes deben buscar rápidamente atención médica en caso de que presenten síntomas de dengue”<sup>3</sup>.

### Medidas fundamentales contra el dengue<sup>2</sup>

- Eliminar de modo correcto los desechos sólidos y líquidos, en especial, recipientes u otros objetos en los que se acumule agua.
- Evitar que los mosquitos encuentren esos u otros lugares con agua donde depositar sus huevos.
- Mantener tapados los recipientes donde se almacena agua para uso doméstico y vaciarlos y limpiarlos de forma periódica.
- Limpiar las canaletas, bebederos de animales o lugares donde se acumula agua para otros usos.
- Aplicar tratamientos adecuados a los recipientes donde se almacene agua.
- Cambiar con regularidad el agua de floreros y, en lo posible, no colocar platos debajo de macetas o limpiarlos con frecuencia.
- Mantener el césped corto.
- Usar repelentes de mosquitos.

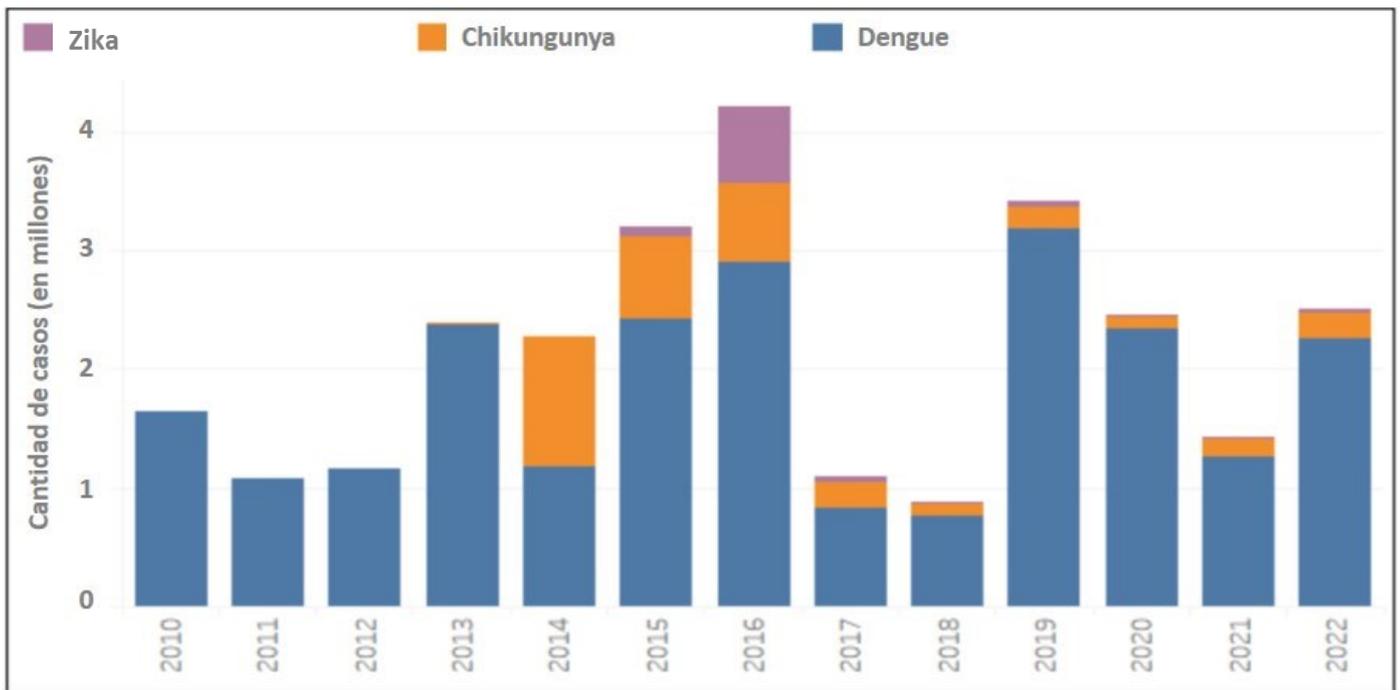


Figura 1. Distribución de casos notificados de dengue, chikungunya y zika en las Américas entre 2010 y 2022. Traducción de la figura de la OPS<sup>4</sup>.

### Actualización epidemiológica sobre arbovirus en las Américas (2022)<sup>4</sup>

La circulación de arbovirus en la Región de las Américas entre 2010 y 2022 (13 años) se muestra en la figura 1. El virus del chikungunya se introdujo en diciembre de 2013 y circuló de forma generalizada en 2014. El mismo comportamiento se observó con el virus del Zika en 2015 y 2016. Sin embargo, **ha predominado la circulación de virus del dengue**. Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la 34 de 2022, se notificaron 2.593.368 casos por arbovirus. De estos **el 89,9% fueron casos de dengue**. La incidencia acumulada es de 235,06 casos cada 100.000 habitantes.

La cantidad máxima de casos desde que la Organización Panamericana de la Salud comenzó a recoger datos en 1980 se registró en la SE 14 de 2019, año con récord de notificaciones. En cambio, si bien **la transmisión fue intensa a comienzos de 2022 y alcanzó el máximo en la SE 17**, luego se observó una importante disminución en la transmisión del dengue cuando la mayoría de los países comenzaron a imponer medidas de distanciamiento social y confinamiento por COVID-19. La tasa de crecimiento de la SE 1 a la SE 14 de 2021 fue del 165 %, mientras que desde la SE 1 hasta la SE 17 de 2022 llegó al 383 %. En el cuadro 3, se presentan los países de la región con más casos hasta la SE 34 de 2022. La

distribución geográfica de serotipos del virus del dengue se muestra en la figura 2 (véase la página siguiente).

#### Bibliografía

1. OPS y OMS. Dengue. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/dengue>.
2. diainternacionalde.com. Día Internacional contra el dengue. Disponible en <https://www.diainternacionalde.com/ficha/dia-internacional-contra-dengue>.
3. OMS. Dengue y dengue grave; 10 de enero de 2022. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue#:~:text=El%20causante%20del%20dengue%20es,que%20ha%20causado%20la%20infecci%C3%B3n>.
4. OPS. Actualización epidemiológica anual para dengue, chikungunya y zika en 2022; act. 24 de septiembre de 2022. Disponible en [https://ais.paho.org/ha\\_viz/arbo/pdf/OPS%20Arbo%20Boletin%202022.pdf](https://ais.paho.org/ha_viz/arbo/pdf/OPS%20Arbo%20Boletin%202022.pdf).

Cuadro 3. Países americanos con más casos hasta la semana epidemiológica 34 de 2022<sup>4</sup>.

País	Cantidad de casos (%)
Brasil	2.073.007 (88,96)
Perú	57.655 (2,5)
Nicaragua	45.075 (1,9)
Colombia	43.123 (1,8)
México	22.372 (1,0)

PAÍS	DENV-1	DENV-2	DENV-3	DENV-4
Argentina	●	●		
Bolivia	●	●		
Brasil	●	●	●	●
Colombia	●	●	●	●
Costa Rica	●	●		
Cuba	●	●	●	●
República Dominicana		●		
El Salvador	●	●	●	●
Guatemala	●	●	●	●
Honduras	●	●		●
México	●	●	●	●
Nicaragua	●		●	●
Panamá	●	●		
Paraguay	●	●		
Perú	●	●		
Puerto Rico	●	●		
Venezuela	●	●		●

Figura 2. Distribución geográfica de serotipos del virus del dengue en las Américas. Traducción de la figura de la OPS<sup>4</sup>.

## Circulación en los EE. UU. de poliovirus vacunal de tipo 2: llamado de OPS y campaña en la Argentina

Por haberse detectado en los EE. UU. circulación de poliovirus vacunal de tipo 2, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reitera a los Estados americanos la necesidad de **tener actualizado un plan de respuesta a brotes o eventos de polio**. Además, hizo énfasis en **mantener la vigilancia epidemiológica** de las parálisis flácidas agudas (PFA) para identificar casos con rapidez y en **alcanzar coberturas de vacunación antipoliomielítica superiores al 95 %**<sup>1</sup>.

En la localidad de Rockland, en el estado de Nueva York, se confirmó **un caso de poliomiélitis paralítica**. El joven, de 20 años e inmunocompetente, **no estaba vacunado**. Presentó fiebre, rigidez de cuello, síntomas gastrointestinales y debilidad en las extremidades. Asimismo, se encontraron **poliovirus en varias muestras de aguas residuales** de comunidades cerca de la residencia del paciente. El 13 de septiembre de 2022 las autoridades sanitarias estadou-

nidenses informaron que, de acuerdo con la secuenciación inicial confirmada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), se trataba del poliovirus vacunal de tipo 2<sup>1</sup>.

### Vacunación contra la polio

La OPS recomienda que todos los países alcancen y mantengan coberturas de vacunación superiores al 95 %. **Aquellos que no hayan introducido aún la segunda dosis de la vacuna inactivada (IPV) deberán hacerlo en breve**. En municipios donde la cobertura de vacunación sea menor del 80 %, se debe fortalecer el programa habitual y se deben realizar actividades para que todas las personas inicien o completen los esquemas, según corresponda<sup>1</sup>.

### Vigilancia

Es fundamental que todos los países de América refuercen la vigilancia de los casos de PFA para detectar una importación o la emergencia de un poliovirus vacunal, y facilitar la respuesta oportuna. La OPS comunicó las pautas de vigilancia que se resumen a continuación<sup>1</sup>.

**Detección y notificación de casos de PFA en menores de 15 años.** La cantidad de casos anuales de PFA se utiliza como indicador de la capacidad de

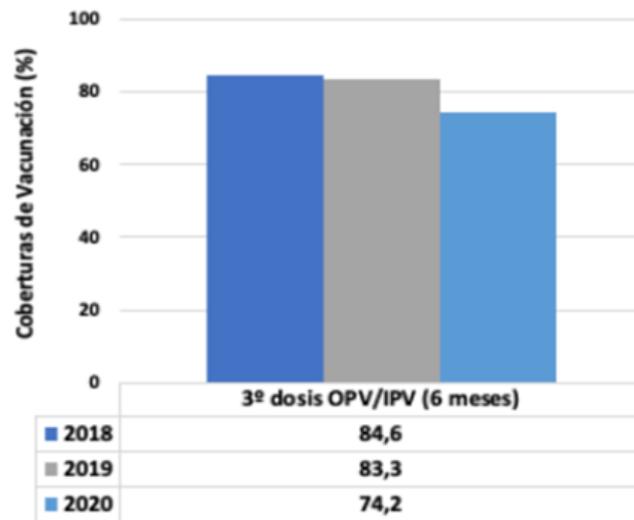
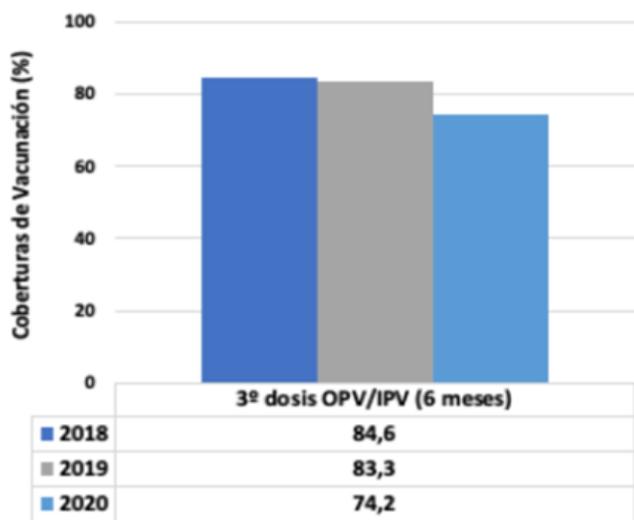


Figura 3. Coberturas de vacunación antipoliomielítica de menores de 1 año en la Argentina<sup>2</sup>. IPV: vacuna antipoliomielítica inactivada; OPV: vacuna antipoliomielítica oral<sup>1</sup>.

un país para detectar la polio, incluso en aquellos donde se eliminó la enfermedad. El sistema de vigilancia de un país deber ser lo suficientemente sensible para detectar, al menos, un caso de PFA cada 100.000 menores de 15 años<sup>1</sup>.

**Ampliar la vigilancia de PFA a adolescentes y adultos con síntomas compatibles con poliomielitis.** Estos casos deben investigarse siguiendo los mismos procesos definidos en la vigilancia de menores de 15 años<sup>1</sup>.

**Recolección y transporte de muestras de heces para analizar.** Al inicio de la parálisis, puede ser difícil diferenciar la polio de otras formas de parálisis flácida aguda, como el síndrome de Guillain-Barré, la mielitis transversa o la neuritis traumática. Todos los casos de PFA, sean menores de 15 años o mayores de 15 años con sospecha de polio, **deben investigarse antes de que se cumplan 48 h** desde la notificación, y debe obtenerse una **muestra de heces hasta 14 días después** del inicio de la parálisis para detectar poliovirus. De no ser posible obtener las muestras durante ese intervalo, se recomienda recolectar muestras de heces de tres a cinco contactos

Cuadro 4. Disminución de la vacunación antipoliomielítica de menores de 1 año en la Argentina<sup>2</sup>.

Período	Edad	
	2 meses	6 meses
2018-2020	11 %	12 %
2019-2020	6 %	11 %

cercanos al caso, quienes deben ser menores de 5 años sin antecedente de haber recibido la vacuna antipoliomielítica oral durante los 30 días previos<sup>1</sup>.

### Confirmación de laboratorio

La muestra se inocula en cultivos de células que el virus puede infectar para replicarse. El material genético del virus aislado se analiza por RT-PCR para determinar el serotipo y si se trata de un virus natural o vacunal. Luego, se realizan pruebas de secuenciación genética, y se comparan los resultados con los de un banco de referencia de poliovirus conocidos para establecer si el virus en estudio tiene relación genética con otros ya notificados. Esta información permite inferir el origen geográfico del virus aislado de la muestra<sup>1</sup>.

### Situación en la Argentina: campaña nacional de vacunación

Las coberturas de vacunación de bebés de 2 meses (primera dosis de IPV) y de 6 meses (tercera dosis, OPV/IPV) **han caído al 80,2 % y al 74,2 %, respectivamente** (figura 3). En el cuadro 4, se muestran las disminuciones en torno al inicio de la pandemia de COVID-19<sup>2</sup>.

Para alcanzar o mantener las coberturas necesarias en todo el país, **del 1 de octubre al 13 de noviembre** se realiza la Campaña Nacional de Vacunación contra Sarampión, Rubéola, Paperas y Poliomielitis 2022. El objetivo es **vacunar al 100 % de la población de 13 meses a 4 años inclusive** (4 años,



Haga clic sobre la imagen para acceder y suscribirse.

11 meses y 29 días) con una dosis adicional de la vacuna triple viral (SRP) y la vacuna IPV, **de forma independiente de las dosis recibidas** con anterioridad. Las dosis adicionales son **gratuitas y obligatorias**. Se aplicarán **sin orden médica** en los centros de salud y hospitales públicos del país. Las vacunas de campaña pueden coadministrarse con la vacuna contra la COVID-19 y con cualquier vacuna del calendario nacional<sup>3</sup>.

#### Importante:

La campaña es una oportunidad para **reforzar la protección de toda la población** contra sarampión, rubéola, paperas y poliomielitis.

#### Bibliografía

1. OPS. Actualización epidemiológica. Poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 circulante en los Estados Unidos: consideraciones para la Región de las Américas; 13 de septiembre de 2022. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-poliovirus-derivado-vacuna-tipo-2-circulante-estados-unidos>.
2. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Situación de las Coberturas Nacionales de Vacunación en el Contexto de la Pandemia por SARS-CoV-2; 14 de junio de 2021. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/anexo-6.cobertura-vacunacion-calendario-registros-nominales.pdf>.
3. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Campaña Nacional de Vacunación contra Sarampión, Rubéola, Paperas y Poliomielitis 2022. Información para equipos de salud. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/activavacunas/informacion-para-equipos-de-salud>.

## Notificación breve

### EE. UU.: alerta por circulación del enterovirus D68

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE. UU. (CDC, por sus siglas en inglés) fueron notificados en agosto de un **aumento de las hospitalizaciones de pacientes pediátricos con enfermedad respiratoria grave** y, además, resultados positivos por rinovirus (RV) o enterovirus (EV). Las presentaciones clínicas de las infecciones por estos patógenos son similares, y no es posible diferenciarlos mediante las pruebas de laboratorio habituales. En pruebas de tipificación complementarias, algunas muestras resultaron positivas en el enterovirus D68 (EV-D68)<sup>1</sup>.

En simultáneo, centros de vigilancia de enfermedad respiratoria aguda pediátrica han reportado un aumento, en comparación con años anteriores, en la positividad por el EV-D68 en niños con RV/EV. **El EV-D68 provoca afecciones respiratorias, y en algunos casos se lo ha relacionado con la mielitis flácida aguda**. Se trata de una complicación neurológica poco frecuente pero grave, que causa debilidad en los miembros inferiores<sup>1</sup>.

La Red de Alerta en Salud (HAN, por sus siglas en inglés) de los CDC emitió, entonces, esta alerta con los siguientes objetivos<sup>1</sup>:

- Notificar a los profesionales sanitarios, laboratorios, especialistas en control de infecciones y departamentos de salud pública sobre el reciente incremento de infecciones respiratorias graves en niños, que debieron ser hospitalizados.
- Llamarlos a sospechar el EV-D68 como causa de enfermedad respiratoria grave, con fiebre o sin ese síntoma, en niños.
- Advertir de la posibilidad de que aumenten los casos de mielitis flácida aguda en las próximas semanas.

#### Aspectos epidemiológicos

En los EE. UU., los RV circulan durante todo el año, con picos habituales en primavera y en otoño. **La circulación de EV empieza a fines del verano y termina a principios del otoño**, y es similar la estacionalidad del EV-D68<sup>1</sup>. En 2014, este patógeno provocó un brote nacional de enfermedades respiratorias. Por ese motivo, se fue ampliando la vigilancia, y así se detectaron incrementos de la actividad viral en otoño de 2016 y 2018. Con una tendencia coinci-

dente, también aumentaron los casos de mielitis flácida aguda durante 2014, 2016 y 2018. En cambio, la actividad del EV-D68 fue menor en 2020, probablemente, por las medidas para mitigar la pandemia de COVID-19<sup>1</sup>.

En 2018, la temporada más próxima con elevada circulación del EV-D68 en los EE. UU., la mediana de edad de los niños que requirieron atención de emergencia u hospitalizaciones fue de 3 años, aproximadamente. Sin embargo, **el virus afecta a chicos de todas las edades e, incluso, a adolescentes.** Los niños con **antecedentes de asma o enfermedad reactiva de la vía aérea** son más propensos a requerir de cuidados asistenciales. Se sabe menos sobre la enfermedad en adultos, pero se piensa que se detecta con más frecuencia en personas que tienen enfermedades subyacentes<sup>1</sup>.

#### Bibliografía

1. CDC. Health Alert Network. Severe Respiratory Illnesses Associated with Rhinoviruses and/or Enteroviruses Including EV-D68 – Multistate, 2022; 9 de septiembre de 2022. Disponible en <https://emergency.cdc.gov/han/2022/han00474.asp>.

#### Recomendaciones para el equipo de salud<sup>1</sup>

- Considerar el EV-D 68 como posible causa de enfermedad respiratoria aguda, con fiebre o sin ella, en niños.
- Pedir pruebas de detección de RV y EV cuando se desconozca la causa de la infección respiratoria en pacientes graves.
- Como no se han aprobado tratamientos específicos contra RV o EV, incluido el EV-D68, proporcionar tratamientos de sostén.
- Notificar el agrupamiento de casos de enfermedad respiratoria grave al departamento local y estatal de salud.
- Sospechar mielitis flácida aguda en pacientes con debilidad aguda y flacidez de miembros, en especial, si han tenido enfermedad respiratoria o fiebre, y durante la temporada de EV.
- Tan rápido como sea posible, tomar muestras de líquido cefalorraquídeo, suero y materia fecal, y hacer hisopados nasofaríngeos a pacientes con sospecha de mielitis flácida aguda.