



Fiebre Hemorrágica Argentina

La vigilancia de la Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) se justifica para identificar las áreas de riesgo, para reducir la letalidad mediante el uso del tratamiento específico y para orientar las acciones de prevención, incluyendo la vacunación.

Es una enfermedad viral aguda, transmitida por el virus Junín (JUN) a través de roedores

infectados. El área endémica actualmente abarca el norte de la Pcia. de Buenos Aires, sur de Santa Fe, sudeste de Córdoba y noreste de La Pampa.

A continuación se presentan los datos presentados por miembros del Instituto Dr. Julio Maiztegui. (Tabla I)

Tabla I - CASOS DE FHA POR CENTRO DE NOTIFICACIÓN - AÑO 2005

| Centro de Notificación | Total Casos Notificados | Diagnóstico Etiológico (1) | | | | Vacunados |
|---------------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|-----------|-------------------|
| | | No Vacunados | | | Muertos | |
| | | Confirmados | Curados Negativos | Incomplet.(2) Estudiados | | Curados Negativos |
| Pcia. de Buenos Aires y Capital | 31 | 4 | 15 | 5 | 5 | 2 |
| Pcia. de Córdoba | 9 | 3 | 3 | 0 | 3 | 0 |
| Pcia. de Santa Fe | | | | | | |
| Arroyo Seco | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Máximo Paz | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Rosario | 41 | 9 | 20 | 4 | 5 (3) | 3 |
| Villa Constitución | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Total General | 86 | 16 | 42 | 9 | 14 | 5 |

Fuente: Informe para la XXI Reunión Anual del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio Maiztegui" Santa Rosa -Provincia de La Pampa - 8 de junio de 2006.

(1) Por conversión serológica y/o aislamiento de virus Junín o PCR.

(2) Ausencia de muestras adecuadas para completar los estudios virológicos.

(3) En un caso el resultado de PCR fue positivo. En los 4 casos restantes el resultado de PCR fue negativo, siendo el diagnóstico clínico no compatible con FHA en 2 casos y en los 2 casos restantes no se disponía de información clínica suficiente (clínica dudosa).

Se conoce que la tasa de letalidad sin tratamiento puede llegar hasta un 30% y que el tratamiento específico con plasma inmune, la reduce a menos del 1% si se transfunde en la primera semana desde el inicio de los síntomas, pero es ineficaz luego de los 8 días de enfermedad.

Según estos datos, en nuestra ciudad, la incidencia de la enfermedad en el 2005 ha aumentado con respecto al año anterior, constatándose la ocurrencia de un fallecimiento por esta causa.

Para recordar: si el paciente vive en área endémica de la FHA ó fuera del área endémica, pero que haya visitado la región en las 3 semanas previas al inicio de síntomas, se considera:

Caso sospechoso: al paciente con síndrome febril inespecífico, con recuentos de glóbulos blancos $< 4.000/mm^3$ y recuento de plaquetas $< 100.000/mm^3$.

Caso confirmado: la confirmación de laboratorio de infección por virus Junín por alguno de los siguientes criterios:

- 1) serología
- 2) aislamiento de JUN de sangre y/u órganos
- 3) detección de secuencias genómicas de JUN por PCR

La notificación debe ser inmediata e individual del caso sospechoso, por Ficha Específica conjuntamente con la solicitud de plasma inmune para el tratamiento.

La **toma de las muestras** se efectúa en el período agudo y en el período de convalecencia.

Período agudo: suero y coágulo obtenidos antes de la transfusión con plasma inmune.

Período de convalecencia: suero, aproximadamente a los 60 días posteriores de la primera muestra. **Esta última es imprescindible para realizar el diagnóstico.**

Volumen de suero a remitir: 5 - 10 ml.